DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES.

TOME NEUVIÈME.



IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE.

DICTIONAIRE

Détestable

ABRÉGÉ

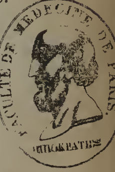
DES SCIENCES MÉDICALES

DE MM. ADELON, ALIBERT, BARBIER, BAYLE, BÉGIN, BÉRARD, BIETT, BOYER, BRESCHET, BRICHETEAU, CADET DE GASSICOURT, CHAMBERET, CHAUMETON, CHAUSSIER, CLOQUET, COSTE, CULLERIER, CUVIER, DE LENS, DELPECH, DELPIT, DEMOURS, DE VILLIERS, DUBOIS, ESQUIROL, FLAMANT, FODÉRÉ, FOURNIER, FRIEDLANDER, GALL, GARDIEN, GUERSENT, GUILLIÉ, HALLÉ, HEBREARD, HEURTELOUP, HUSSON, ITARD, JOURDAN, KERAUDREN, LARREY, LAURENT, LEGALLOIS, LERMINIER, LOISELEUR-DESLONGCHAMPS, LOUYER-WILLERMAY, MARC, MARJOLIN, MARQUIS, MAYGRIER, MONTFALCON, MONTÈGRE, MURAT, NACHET, NACQUART, ORFILA, PARISET, PATISSIER, PELLETAN, PERCY, PETIT, PINEL, PIORRY, RENAULDIN, REYDELLET, RIBES, RICHERAND, ROUX, ROYER-COLLARD, RULLIER, SAVARY, SÉDILLOT, SPURZHEIM, THILLAYE fils, TOLLARD, TOURDES, VAIDY, VILLENEUVE, VILLERMÉ, VIREY.

PAR UNE PARTIE

DES COLLABORATEURS.

(mauvais compilateur)



C. L. F. PANCKOUCKE ÉDITEUR,
rue des Poitevins, n° 14.

1823.

DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES.

HÉPATALGIE, s. f., *dolor hypocondrii dextri*, *hepatalgia*; douleur ressentie dans la région du foie. Sauvages en reconnaît neuf espèces, selon qu'elle est causée par la présence de calculs biliaires, par la dégénérescence squirreuse du foie, par le simple engorgement ou l'induration de ce viscère, par l'inflammation du tissu cellulaire situé entre les muscles du bas-ventre, dans la région hypocondriaque droite, par l'ictère, par la dégénérescence stéatomateuse du foie, par un abcès formé dans ce viscère, par l'inflammation de la vésicule biliaire, ou enfin par la présence de calculs dans le rein droit abcédé. Il aurait pu ajouter une dixième espèce, causée par l'inflammation aiguë du foie, et même une onzième, produite par l'inflammation des canaux biliaires seulement. Il est évident que l'hépatalgie n'est qu'un symptôme de l'irritation du foie, du réservoir de la bile, ou des conduits excréteurs de cette humeur, irritation qui, parfois, est due à la présence de calculs biliaires, ou du moins compliquée de la présence de ces calculs. *Voyez* BILIAIRE, CHOLÉCYSTE, CHOLÉCYSTITE, FOIE, HÉPATITE.

HÉPATIQUE, adj.; qui appartient au foie, ou qui a rapport à cet organe.

L'*artère hépatique* est la seconde branche du tronc cœliaque pour la grosseur. Aussitôt après la naissance, elle se porte presque transversalement à droite, derrière l'épiploon gastro-hépatique, où elle fournit deux branches assez considérables, qu'on appelle la pylorique et la gastro-épiploïque droite. Arrivée ensuite devant la veine porte ventrale, et derrière le

canal hépatique, elle se partage en deux rameaux, dont celui du côté gauche est le plus petit, et dont celui du côté droit fournit l'artère cystique, qui va se distribuer à la cholécyste. Ces deux rameaux s'enfoncent dans le sillon transversal du foie, et s'y partagent en un grand nombre de ramifications, qui accompagnent partout celles de la veine porte hépatique.

Les veines hépatiques s'observent principalement à la face convexe du foie. Leur nombre n'est pas constant : on en compte trois ou quatre. L'adhérence intime de leurs parois à la substance du viscère les fait distinguer des ramifications de la veine porte hépatique, qui sont séparées de cette même substance par le tissu cellulaire lâche auquel on donne le nom de capsule de Glisson. Elles versent le sang dans la veine cave ventrale, avec laquelle elles s'abouchent, au moment où elle traverse l'échancrure du bord postérieur du foie.

Le *plexus hépatique* est un assemblage de filets nerveux qui émanent du plexus solaire, s'entrelacent autour de l'artère hépatique, avant qu'elle n'entre dans le foie, accompagnent toutes les ramifications de ce vaisseau, et sont fortifiés par de petits ramuscules provenant de la paire vague.

Sous le nom de *canal hépatique*, on désigne un conduit long d'environ trois travers de doigt, et du calibre d'une plume à écrire, qui résulte de la réunion de tous les conduits biliaires. Ce canal, qui s'abouche avec le cystique, au sommet du cholédoque, conduit la bile tantôt dans le cholécyste, et tantôt directement dans le duodénum.

La bile qui sort immédiatement du foie par le canal hépatique, a reçu le nom de *bile hépatique*, pour la distinguer de celle qui a séjourné plus ou moins long-temps dans la cholécyste, et qu'on appelle bile cystique. Elle est plus fluide, moins verte, moins amère et moins visqueuse que cette dernière.

A l'article HÉPATIRRHÉE nous dirons ce que les nosologistes entendent par *flux hépatique*; comme la *phthisie hépatique* sera décrite à l'article HÉPATITE, dont elle est toujours la suite.

Autrefois on appelait *taches hépatiques* de petites maculatures jaunâtres qui surviennent à la peau, chez certaines personnes, parce qu'on les attribuait gratuitement à une légère altération du foie. *Voyez* ÉPHÉLIDE.

Les agens pharmaceutiques qu'on croyait propres à agir d'une manière spéciale sur le foie, portaient autrefois le nom de *remèdes hépatiques*. S'il existe des agens de cette nature, aucune expérience bien constatée ne les a fait connaître jusqu'à ce jour.

HÉPATIRRHÉE, s. f., *dysenteria hepatica*, *hepatera*; *fluxus hepaticus*, *hepatis atonia*, *hepatirrhœa*, *flux hépatique*. Sauvages dit que les anciens et les modernes ont em-

ployé ce mot dans un sens différent; les premiers entendaient par là toute diarrhée, lienterie ou passion cœliaque, provenant d'une lésion du foie, tandis que les derniers ont donné le même nom à toutes les déjections, sans douleur, d'un sang délayé, analogue à de la lavure de chair, quelle qu'en soit la cause. Adoptant cette dernière signification, il reconnaît six espèces d'hépatirrhée ou flux hépatique, l'un séreux, sanglant, bilieux ou purulent, accompagné de signes de suppuration ou de dissolution putride du foie; un second provenant uniquement de la sécrétion d'une matière semblable à de la lavure de chair, non par le foie, mais par les intestins, et qui, par conconséquent, ne peut être appelé hépatique; le troisième dépendant d'une blessure du foie; le quatrième dû à un abcès du mésentère, et, par conséquent, ne méritant point le nom de flux hépatique, non plus que les deux suivans; le cinquième caractérisé par un flux de sang pur, sans fièvre, sans douleur, sans mélange d'excrémens, sans *hémorroïdes*; le sixième aussi caractérisé par la sortie d'un *sang pur* et vermeil; enfin le septième, ou le flux hépatique intermittent, n'est que la *febris subcruenta* ou *hepatica* de Torti, pernicieuse atrabilaire des écrivains modernes.

Quoi de plus confus que toute cette classification? Si l'on doit se servir encore du mot *hépatirrhée*, ce ne peut être que pour désigner le flux de ventre dont la source est dans le foie, quelle que soit d'ailleurs la nature du liquide fourni par ce viscère; mais, de tous les états morbides, celui-ci est peut-être le moins connu. On conçoit bien en théorie qu'au lieu de bile, ce viscère puisse verser dans les canaux biliaires, et de là dans le duodénum, du pus, du sang, du pus et du sang mêlés, et même, si l'on veut, des débris de sa propre substance ou des tissus accidentels développés au milieu d'elle; on sait, en théorie, qu'à la suite de l'hépatite, le foie, adhérant à l'estomac, au duodénum, au colon même, verse parfois des matières analogues dans le conduit digestif; mais, en pratique, rien de plus difficile que de savoir quand ce flux a lieu; ce n'est que très-indirectement qu'on peut arriver à le présumer, et souvent même, après la mort, on reste dans le doute, surtout quand il s'agit de flux sanguins. C'est là un des points qui réclament davantage l'attention des observateurs. Dans tous les cas, il est évident que l'hépatirrhée n'est que le symptôme d'une lésion plus ou moins grave du foie, qui réclame seule les moyens thérapeutiques. Le séjour, même peu durable, du sang, du pus, de la sanie, dans le duodénum, l'estomac ou les intestins, occasione-t-il une inflammation de ces viscères? On est tenté de le croire, sans que, cependant, on doive donner trop d'extension à cette idée. *Voyez* FOIE, HÉPATITE.

HÉPATITE, s. f., *hepatis inflammatio*, *hepatitis*; inflammation du foie. L'histoire de cette inflammation est aussi incomplète, aussi confuse que l'était, il y a peu d'années, celle de la gastrite. Broussais a reculé, jusqu'à présent, devant les difficultés qu'elle présente. Portal a publié un gros volume qui contient beaucoup de mots, beaucoup de noms de médicamens. On trouve çà et là, dans les écrits des bons observateurs, quelques données sur l'hépatite intense. Mais nulle part on ne rencontre des renseignemens positifs sur les nuances fugitives de l'hépatite aiguë, dans les maladies où l'irritation du foie existe sans qu'on en tienne compte. Il appartient aux médecins des pays chauds de tracer une histoire complète de l'hépatite, soit aiguë, soit chronique, principalement de cette dernière. En attendant qu'ils s'acquittent de cette tâche, nous allons essayer de la remplir, autant qu'il est en nous; mais auparavant disons que si jusqu'ici on a commis la faute de regarder comme primitives des hépatites secondaires, Broussais tend à se jeter dans un excès contraire, en prétendant que cette inflammation est toujours l'effet sympathique de la gastro-entérite ou de la duodénite, quand elle n'est pas occasionée par une cause externe mécanique.

A l'article FOIE nous avons esquissé l'histoire de l'irritation légère de ce viscère; nous allons, dans celui-ci, retracer les phénomènes, les causes et les suites de son irritation intense et manifeste, à laquelle on a donné le nom d'hépatite, qui conviendrait également à l'autre.

On s'accorde généralement à indiquer, comme symptômes de l'hépatite, les phénomènes suivans : un frisson suivi d'ardeur dans le bas-ventre, d'une soif vive et d'une chaleur générale; un sentiment de pesanteur, de douleur obtuse, tensive, gravative, pongitive ou aiguë, sous les côtes asternales droites, s'étendant ordinairement le long du côté correspondant de la poitrine, jusque derrière la clavicule, jusqu'à la partie latérale inférieure du cou, et dans tout le bras droit, augmentant dans la toux, dans l'inspiration, par la pression exercée au-dessous des fausses côtes, et lorsque le malade se couche sur le côté gauche, moins quand il se met sur le côté droit; grande respiration à gauche, petite à droite, point abdominale, parfois le hocquet; une toux ordinairement sèche, l'anorexie, une soif intense, l'amertume de la bouche, la rougeur de la langue, qui devient ensuite jaune ou verdâtre, par la présence d'un enduit plus ou moins épais, lequel prend quelquefois une teinte noire; des nausées, des vomissemens de bile jaune, verte, brune; la constipation ou des déjections de matières fécales blanches ou grisâtres; des urines peu abondantes, safranées, ayant l'apparence de l'huile, déposant un sédiment briqueté;

chaleur brûlante et sécheresse de la peau; ictère dans la plupart des cas; enfin, pouls fréquent, fort souvent dur, parfois inégal et même intermittent.

On a voulu établir des différences dans ces symptômes, selon que l'inflammation réside à la partie convexe ou à la partie concave du foie; ainsi, on prétend que, dans le premier cas, la douleur est plus aiguë, lancinante, pongitive, analogue à celle qu'occasione la plèvre enflammée, qu'elle augmente dans l'inspiration, la toux et par la pression, et se propage seulement alors à la poitrine, au cou et à l'épaule; enfin, que la respiration est difficile et accompagnée de toux sèche, le décubitus est impossible sur le côté droit; tandis que, dans le second, le décubitus sur le côté gauche est plus douloureux; il y a des nausées, des vomissemens de bile érugineuse, soif ardente, tension et douleur à l'épigastre; la douleur n'augmente point par la pression, ne se propage pas à l'épaule droite, et la langue est couverte d'un enduit verdâtre : c'est surtout dans ce dernier cas que l'ictère et même le hocquet se déclarent. Telles sont du moins les différences consacrées par Frank et Pinel. Le premier s'est évertué à expliquer la propagation de la douleur de l'hypocondre vers l'épigastre; il l'attribue à ce que le foie s'etend jusque dans cette région : cette explication, bonne quelquefois pour l'état chronique, prouve seulement que Frank n'allait guère au-delà de ce que ses prédécesseurs lui avaient appris.

Robert Thomas, qui a fréquemment observé l'hépatite en Angleterre et dans les îles d'Amérique, pense que les différences que nous venons d'indiquer dans les symptômes, selon que l'inflammation envahit la partie convexe ou la partie concave du foie, sont bien moins caractéristiques qu'on ne le prétend. En effet, cette distinction est plus spéculative que pratique, relativement aux parties affectées. Il est bien vrai que les symptômes de l'hépatite se présentent parfois sous l'un ou l'autre aspect, c'est-à-dire que, chez certains malades, tous les symptômes indiqués se retrouvent ensemble ou successivement, tandis que chez d'autres la douleur, plus vive, augmente par la pression dans les efforts d'inspiration, de toux, et se répand à la poitrine et à l'épaule; tandis que chez d'autres encore, elle n'augmente point, ni ne se propage dans ces diverses circonstances, et l'on observe l'épigastralgie, les nausées, les vomissemens; mais ce n'est pas tant parce que dans le premier cas le foie est enflammé seulement à sa partie convexe, et dans le second à sa partie concave. Cette différence provient de ce que dans le premier cas le foie est seul affecté, tandis que dans le second les canaux biliaires, le duodénum, l'estomac, le sont également plus ou moins; il y a, en un mot, ce que l'on pourrait appeler *hépato-gastrite* ou

bien *gastro-hépatite*, selon que l'inflammation a débuté par le foie, l'estomac ou le duodénum, ou qu'elle prédomine dans l'un ou dans l'autre de ces viscères.

Ces considérations tendent à faire briller la sagacité de Sauvages, qui n'indique, comme signes de l'hépatite, qu'un sentiment de pesanteur à l'hypocondre, une douleur sous les fausses-côtes, se propageant jusqu'au cou, un pouls fréquent, dur, quand la membrane extérieure du viscère est enflammée, moins dur quand elle ne l'est pas, et la dyspnée, le plus souvent accompagnée d'une toux sèche. Le même auteur ajoute que le diagnostic de l'hépatite est très-obscur, puisque des malades ont, selon Bonet, éprouvé tous les symptômes de l'hépatite sans que le foie fût enflammé, et que l'hépatite a souvent donné lieu aux symptômes de la pleurésie ; ce qui se réduit à dire que la pleurésie et la gastrite ont été parfois prises pour l'hépatite, et que l'hépatite a été prise pour la pleurésie. Quoi qu'il en soit, Sauvages a fort bien indiqué les signes dont la réunion ne laisse aucun doute sur l'existence de l'inflammation intense du foie, et il a senti la nécessité de dépouiller le tableau des phénomènes de cette phlegmasie des symptômes accessoires qu'on avait mélangés avec les signes pathognomoniques qui la caractérisent.

Tout ce qu'on vient de lire n'est pas pour blâmer la division de l'hépatite en deux espèces. Il est utile de reconnaître si l'inflammation est plus intense à la partie convexe qu'à la partie concave, encore qu'on ne puisse toujours le faire avec exactitude; mais il ne serait pas moins utile, et peut-être le serait-il davantage, de pouvoir distinguer quand l'inflammation est bornée à la tunique séreuse qui enveloppe le foie, au parenchyme de ce viscère, aux vaisseaux biliaires, aux conduits hépatique, cholédoque ou cystique, à la vésicule ou cholécyste. C'est à établir ces importantes distinctions que les médecins des hôpitaux, qui n'ignorent point l'anatomie pathologique, doivent s'attacher. En vain dirait-on que ce sont là des subtilités, et que, le traitement étant le même dans tous les cas, peu importe le siége précis de l'inflammation, car on ne saurait disconvenir que le traitement de la pleurésie diffère assez de celui de la péripneumonie et de la bronchite, pour que l'on doive de la reconnaissance aux laborieux investigateurs qui nous ont appris à distinguer ces deux inflammations. Sauvages semble s'être occupé de recherches analogues, en admettant une hépatite *érysipélateuse*, d'après Amatus Lusitanus, mais il n'a décrit, sous ce nom, qu'une violente gastro-entérite avec hépatite. Sous le nom d'hépatite *pleurétique*, il a décrit ce qu'on appelle hépatite de la partie convexe; elle diffère, suivant lui, de la pleurésie, en ce que la fièvre est

moins forte, la douleur moins intense, l'inspiration non gênée, la toux plus sèche; enfin, suivant lui, les urines sont aqueuses, et la peau devient rarement jaune. Il est évident que si ces deux dernières remarques sont assez souvent vérifiées par l'observation, il n'en est pas de même des différences fugitives que Sauvages établit entre la pleurésie et l'hépatite. Parlerons-nous de l'hépatite *musculaire*, qui, selon le même auteur, dépend de l'inflammation des muscles du bas-ventre, dans la région des parois de cette cavité qui répond au foie; de l'hépatite *cystique*, pour laquelle il n'a indiqué aucun signe; de l'hépatite *obscure* ou *fausse*, produite par des tubercules ou des furoncles du foie; de l'hépatite avec *suppuration*, dont il n'a dit qu'un mot? Toutes ces dénominations sont des indices d'efforts infructueux pour établir des différences dont il sentait la nécessité.

Cullen pensait que le siége de l'hépatite aiguë est constamment dans la membrane qui revêt le foie, et que celui de l'hépatite chronique existe dans le parenchyme de ce viscère : rien n'est moins fondé qu'une pareille distinction, contraire à toutes les notions de physiologie et d'anatomie pathologique.

Si l'on connaissait parfaitement l'histoire des diverses espèces d'hépatite, on serait tenu d'indiquer la marche et les suites de chacune d'elles; mais, dans l'état actuel de la science, on est obligé d'exposer les différens modes de terminaison de l'hépatite en général. Ces modes sont, comme pour toutes les autres inflammations, la résolution, la suppuration, la gangrène, ou le passage à l'état chronique.

La résolution a lieu fréquemment quand la maladie est légère, ou le traitement bien dirigé dès le début; quand l'inflammation ne se propage pas à la vésicule, aux canaux biliaires, au duodénum, à l'estomac, au péritoine; car, lorsque l'une ou l'autre de ces dernières circonstances a lieu, il est plus commun de voir la maladie passer à l'état chronique, ce qui arrive encore quand on a faiblement combattu l'inflammation, ou qu'on a été appelé trop tard. La gangrène a été très-rarement observée, si même elle l'a été, car les anciens médecins anatomistes s'empressaient de déclarer gangréné tout viscère dont une partie avait revêtu la couleur noire, ou était devenue friable. La suppuration est, comme dans toutes les autres phlegmasies aiguës, annoncée par une hémorragie nasale, un flux bilieux, une sueur abondante, ou des urines abondantes, sédimenteuses, ou des vomissemens, quand, par bonheur, l'inflammation, abandonnée à son cours naturel, vient à guérir sans le secours de l'art. Dirons-nous, avec quelques auteurs, que la guérison de l'hépatite de la partie concave est annoncée plus particulièrement par des déjections

bilieuses, des sueurs, et quelquefois même des vomissemens; ce serait consacrer comme faits de simples spéculations théoriques.

La suppuration du foie est plus rare que la résolution, et surtout que le passage de l'inflammation à l'état chronique. La gangrène étant fort rare, et, lors même que la suppuration a lieu, la mort ne survenant ordinairement que fort tard, enfin la résolution de l'hépatite étant assez fréquente, il en résulte que l'anatomie pathologique de cette maladie à l'état aigu doit être et est en effet fort peu avancée.

C'est principalement vers la partie convexe du foie que la suppuration s'établit, ou du moins ce n'est guère que lorsqu'elle s'établit dans cette partie du viscère, qu'on peut reconnaître, pendant la vie, qu'elle a lieu. Dans ce cas, elle finit par former une tumeur à l'hypocondre, laquelle s'ouvre après un temps plus ou moins long, et entraîne presque toujours la mort du sujet. Ce mode de terminaison constitue l'abcès hépatique, dont il a été parlé à l'article FOIE, et sur lequel nous ne devons pas revenir ici. Seulement nous devons dire que la persistance des douleurs, la tuméfaction de l'hypocondre et l'appareil des symptômes qui, selon les auteurs, accompagnent toute suppuration interne, n'annoncent positivement celle du foie que quand la région hépatique devient le siége d'une fluctuation plus ou moins manifeste; jusque-là on ne peut rien affirmer sur la nature de la tumeur. En général, la suppuration ne commence à être soupçonnée que vers la fin du deuxième septenaire, selon la plupart des auteurs; elle peut sans doute commencer plus tôt, et il est certain qu'elle est souvent beaucoup plus long-temps à donner des signes de son existence.

Le pus qui se forme dans le foie ne se montre pas toujours au-dessous des fausses côtes; les pathologistes rapportent des faits desquels il résulte qu'il pénètre quelquefois à travers le diaphragme et les muscles intercostaux, pour se faire jour sur les fausses côtes; que, d'autres fois, il fuse entre les muscles, ou au-dessous de la peau qui recouvre ceux-ci, et va former un abcès par congestion à l'aisselle ou dans la région dorsale; et, dans des cas de ce genre, quelquefois il perce d'abord le diaphragme, sans pénétrer dans la poitrine, à travers la plèvre sus-diaphragmatique. Il est moins rare, quoique peu commun, que le pus, après avoir traversé le diaphragme, vienne s'épancher dans la poitrine, c'est-à-dire dans la cavité de la plèvre. C'est dans un cas de ce genre que Larrey dit avoir ouvert la poitrine d'un malade, qui obtint de cette opération quelques jours de calme, mais mourut bientôt dans l'épuisement. C'est aussi dans un cas de cette nature, que Morand

pratiqua l'opération de l'empyème, et parvint à sauver son malade. Il est des exemples du passage du pus provenant du foie, non-seulement à travers le diaphragme, mais encore dans le parenchyme du poumon, et de son expulsion par l'expectoration, après avoir parcouru les ramifications bronchiques, les bronches, la trachée-artère et le larynx; la guérison s'obtient quelquefois: un médecin distingué de la capitale en est une preuve vivante. Nous tenons de lui-même qu'à l'instant où l'expectoration va s'établir, le sujet éprouve absolument la même sensation que s'il avait la bouche remplie d'excrémens, les matières qui sont ensuite expectorées produisent le même effet à leur passage dans la bouche, pendant un temps assez prolongé.

Il est moins rare que le pus se fraye un passage dans l'abdomen, c'est surtout quand le foyer est situé près du bord tranchant, ou vers la face concave du viscère. Si le pus s'épanche dans la cavité péritonéale, la mort en est presque certainement la suite. Mais il est arrivé plus d'une fois que le pus a pénétré directement, soit dans l'estomac, qui s'en est débarrassé par le vomissement, soit dans le colon transverse, d'où il est expulsé par les selles par une hépatirrhée purulente, et c'est là véritablement le mode d'évacuation le plus fréquent en pareil cas, soit enfin dans la seconde courbure du duodénum, terminaison beaucoup plus rare.

Il semble que les canaux biliaires devraient offrir un moyen favorable de dégorgement, dans le cas de suppuration du pus; cependant il paraît que cela n'a lieu que dans le cas où ce liquide parvient à corroder une partie de la paroi du canal hépatique, et à s'ouvrir ainsi une entrée dans ce conduit, d'où il est porté dans le duodénum, et de là expulsé par le mouvement de défécation. D'autres fois il traverse la paroi adhérente de la vésicule biliaire, et pénètre dans sa cavité. D'autres fois enfin, c'est dans le canal cystique ou le canal cholédoque qu'il se fraye une issue, à la faveur des adhérences établies par l'inflammation des canaux et du foie.

Quand ce viscère est très-volumineux, et que, rapproché de l'ombilic, il vient à suppurer dans cet endroit, le pus peut se faire jour par cette ouverture, ou plutôt s'en former une, lorsque des adhérences s'opposent à ce qu'il s'épanche dans le péritoine. Une pareille terminaison est excessivement rare. On prétend que ce même pus pourrait fuser le long de la veine ombilicale, oblitérée chez les adultes, et même se porter, à la faveur de la cavité de cette veine, chez les enfans, hors de l'abdomen, par l'ombilic. On a dit aussi qu'il pouvait corroder les parois de la veine cave, y pénétrer, être porté de là dans le torrent circulatoire, et, qu'en pareil cas, il déterminait la

fièvre hectique ; c'est vraiment ce qu'on peut appeler imaginer de l'anatomie pathologique pour justifier les folles théories du galénisme.

S'il fallait en croire les auteurs du siècle précédent, le pus des abcès du foie serait le plus ordinairement résorbé dans ce viscère, porté dans le sang, puis expulsé par l'urine, ou transporté dans l'épaisseur de la cuisse, de la jambe, ou dans toute autre partie du corps ; mais on sait aujourd'hui ce qu'il faut penser de ces prétendus transports. En admettant qu'il soit vrai que des tumeurs fluctuantes de la région hypocondriaque, développées à la suite de signes non équivoques d'hépatite, aient quelquefois subitement disparu, tout en admettant la possibilité de la résorption, rien n'autorise à croire que le pus ait été déposé en nature, sans plus ni moins, sur un autre organe, puisqu'un tel transport ne peut qu'être supposé et jamais démontré, même à l'aide de l'analogie seulement.

Nous avons dit que la résolution de l'hépatite était assez fréquente, et, en effet, quand on est consulté pour un cas de ce genre, on doit redouter le passage de l'inflammation à l'état chronique, plus que la suppuration ou la mort prompte. Néanmoins celle-ci arrive assez souvent, même sans altération du foie, sans suppuration; mais alors elle n'a lieu que parce que l'inflammation de l'arachnoïde, une congestion cérébrale ou une violente gastro-entérite a compliqué l'hépatite. Nous ne décrirons pas ici les symptômes qui viennent alors se joindre à ceux de l'inflammation du foie, puisque nous les indiquerons aux articles qui correspondent à ces phlegmasies; mais nous ferons remarquer que rien n'est plus commun que l'inflammation des membranes du cerveau, dans le cours de l'hépatite et surtout de la gastro-hépatite. Souvent, à l'instant où l'on se félicite de l'amélioration obtenue dans les phénomènes de ces inflammations, on voit tout à coup se manifester du délire, le sujet meurt presque subitement, ou bien tout l'appareil de l'arachnoïdite ou de l'encéphalite se déroule, la mort survient, et, dans l'un et l'autre cas, l'anatomie pathologique démontre ce que l'observation clinique avait fait présumer.

Dans des cas moins fâcheux, la résolution venant à s'opérer, le sujet en est quitte pour des adhérences qui s'établissent entre la surface du foie, ou plutôt du péritoine qui le revêt, avec celui qui tapisse la face inférieure du diaphragme, la paroi antérieure de l'abdomen, les canaux biliaires, le duodénum, l'estomac et le colon. Ces adhérences se forment également dans des cas où la suppuration a lieu, et ce sont elles qui favorisent le passage du pus dans la poitrine ou dans un des viscères qui viennent d'être nommés, et l'empêchent de s'épancher dans le péritoine. Ces adhérences ont encore lieu

dans plusieurs cas où l'inflammation passe à l'état chronique, dans ceux où le pus demeure incarcéré dans le viscère au milieu duquel il s'est développé. On ne connaît pas encore bien les hépatites qui se bornent à produire de telles adhérences.

Les lésions si variées qui peuvent être le résultat de la suppuration du foie, ne sont, pour l'ordinaire, reconnues qu'à l'ouverture du cadavre. Nous avons dit combien les signes de cette suppuration étaient incertains jusqu'à ce qu'elle se montre au dehors de l'abdomen sous les tégumens, encore est-on fort embarrassé pour en reconnaître la source quand elle va former une tumeur au loin; il en est de même quand elle passe dans le thorax, jusqu'au moment où elle est expectorée; si elle s'épanche dans le péritoine, des vomissemens, une douleur subite de l'abdomen, une sensibilité telle que le plus léger contact est insupportable, la petitesse du pouls, la face grippée, la constipation et le météorisme peuvent faire présumer un si fâcheux résultat; on sait quelle voie elle a prise quand elle est rejetée par le vomissement; sort-elle par l'anus, souvent mêlée à beaucoup d'excrémens, on la méconnaît. Dans tous les cas, on ignore si elle a été transférée dans le canal digestif à la faveur des canaux biliaires ou par adhérences directes. Que d'incertitudes, jusqu'au moment où la sortie du pus vient y mettre quelquefois un terme, sans qu'on puisse se flatter alors en aucune manière d'obtenir la guerison. On pense bien que toutes ces voies ne sont pas parcourues par le pus sans que l'équilibre de l'organisme n'en soit plus ou moins troublé; presque toujours l'inflammation a passé au type chronique. Puisque nous ne pouvons guère affirmer pendant la vie quelle route prendra le pus, lorsque nous présumons qu'il existe, au moins sachons à quel signe on peut reconnaître l'inflammation du viscère qui l'a fourni.

Si nous consultons les pathologistes, sur l'histoire de l'hépatite chronique, nous sommes étonnés de ne guère trouver que Pujol qui en ait parlé nominativement.

Sauvages a décrit, sous le nom d'hépatalgie squirreuse, un des résultats de l'hépatite chronique; il lui assigne pour caractères, une tumeur et une dureté à l'hypocondre droit, une douleur gravative, obtuse, tensive et constante dans cette même partie, qui augmente quand le malade se couche sur le côté opposé, de l'oppression et une toux sèche, l'anorexie ou bien un faible appétit passager, que fait cesser sur-le-champ une très-petite quantité d'alimens, un sentiment de pression à l'épigastre, un visage pâle, jaune, ayant ce caractère particulier d'altération que l'on désigne sous le nom de cachectique, des urines colorées en jaune orangé, épaisses, déposant un sédiment muqueux; dans les derniers temps de la maladie,

l'œdème des pieds, l'amaigrissement des membres supérieurs, un mouvement fébrile quotidien, ou l'ascite. Haller, à qui Sauvages avait emprunté ces détails, ajoutait que plusieurs fois il avait vu la maladie accompagnée de douleurs très-vives, revenant périodiquement avec des vomissemens. Sauvages, dont le désir constant fut d'établir avec soin le diagnostic de toutes les nuances de maladies, cherchait à distinguer l'obstruction du squirre de ce viscère. Dans l'obstruction, disait-il, on remarque tous les symptômes du squirre; mais l'hypocondre droit est moins rénitent; il n'y a point d'œdème, ni de fièvre hectique; le malade ressent un resserrement à la région du cœur, avec dyspnée, douleur obtuse et gravative; des bouffées de chaleur montent au visage, les joues se couvrent d'une rougeur passagère; la soif est irrégulière, la bouche sèche et amère, la salive visqueuse et épaisse; il y a de l'inappétence, des cardialgies, des lassitudes et de la pesanteur dans les membres; la douleur augmente au moindre attouchement; il y a souvent constipation; la tumeur formée par l'enflure ou expansion du foie, ou par la constriction spasmodique de ce viscère, ne paraît pas circonscrite. Après avoir ainsi essayé d'établir des différences dont le lecteur saisira aisément l'incertitude, le nosologiste de Montpellier s'attache à faire connaître les signes qui indiquent que le foie est *chaud*, ou qu'il est *froid*. Ce n'est donc pas d'aujourd'hui qu'on attribue les lésions organiques à l'exaltation ou à la diminution des propriétés vitales, ou mieux de la vitalité.

Stoll, ou plutôt Boerhaave, dit que, lorsque le foie se détruit par la suppuration, le malade maigrit et tombe peu à peu dans le marasme, l'ictère se prolonge, il y a fréquence habituelle du pouls, soif intolérable, faiblesse extrême, anxiété inexprimable, urines presque noires, tympanite, déjections sanieuses très-fétides, et que la mort arrive infailliblement; que si le pus est versé dans la cavité abdominale, les viscères se putréfient, l'ascite se développe sous l'apparence de la tympanite, l'ictère a également lieu, et la perte du malade est également assurée; mais que, quand le pus et l'ichor passent, d'une manière quelconque, dans les intestins, ils produisent des vomissemens ou des déjections de matières fétides, putrides, purulentes, ichoreuses, blanches, cendrées, jaunes, brunes, noires, la chute rapide des forces et la mort. Après avoir parlé de l'espoir que donne la vue d'un pus blanc, homogène, inodore, quand on ouvre un abcès formé à l'hypocondre, et du peu d'espérance que laisse la sortie d'un ichor jaune, brun, livide, noir, fétide, quand on pratique cette opération, Stoll dit que si la *matière inflammatoire* reste em-

barrassée dans le foie, la *fièvre* cessant, il s'y forme un *squirrhe* qui, par son volume, sa dureté, son accroissement, blesse cet organe et ce qui l'avoisine, détermine la consomption, ne cède point aux moyens doux, et se change, sous l'empire des moyens actifs, en un cancer affreux; il assigne pour caractères à ce squirre, un ictère permanent, le marasme, une hydropisie incurable. Lorsque l'inflammation n'occupe qu'une petite portion du foie, elle donne, suivant Boerhaave, naissance à une induration, à un squirre de peu d'étendue, ou à un petit abcès, qui produisent peu de maux, à moins que la fièvre ne survienne, ce qui signifie que la fièvre survient quand cet abcès, ce squirre, sont accompagnés d'accidens. Les signes qui, selon Stoll, annoncent une mort prochaine, sont une inflammation érysipélateuse vers l'hypocondre droit, chez un sujet dont la constitution est détériorée, la perte subite et complète des forces, une grande anxiété, de l'agitation, la douleur excessive qu'occasione le plus léger attouchement sur la région du foie, des vomissemens ou des déjections de sang, de bile ou d'un marc semblable à de la lie d'huile, verdâtre, noirâtre, très-fétide, d'une odeur cadavéreuse, un hocquet violent, continuel, une fièvre intense, une chaleur intolérable, avec une sueur froide qui s'amasse en grosses gouttes, le froid de la langue et des extrémités, une soif inextinguible, une pâleur subite, un pouls très-faible, très-fréquent, formicant, le météorisme, la face *hippocratique*.

Pujol, à qui nous devons un ouvrage si important sur les inflammations chroniques, dit, en parlant des phénomènes locaux de celle du foie, que, quand la phlegmasie a son siége à la partie convexe du viscère, les douleurs sont plus vives; elles imitent les fortes douleurs pleurétiques; la fièvre s'y joint presque toujours, et l'inflammation affecte une marche plus ou moins approchante de celle des maladies aiguës; à ces douleurs se joint une toux sèche. Si, au contraire, l'inflammation est à la partie concave, les douleurs sont plus obscures; mais les symptômes épigastriques, tels que la gastrodynie, le vomissement, le hocquet et l'ictère, surviennent très-communément. Le même auteur attribue à l'hépatite chronique les abcès qui, selon Cullen, se forment, sans que rien en avertisse, dans le foie, et quelques empyêmes dont Verduc entr'autres a parlé. Pujol affirme, d'après l'ouverture des cadavres, que le foie est le viscère essentiellement affecté dans l'hypocondrie, puisqu'on le trouve engorgé ou tombé en suppuration; puisque, dans d'autres cas, on a vu la vésicule du fiel, les conduits excréteurs de la bile, obstrués par des calculs, lesquels entretenaient un état habituel d'inflammation dans le foie, ou bien des amas de bile noire, visqueuse, plus ou moins putride, produisant des irri-

tations encore plus fortes. Il dit tout cela pour venir à l'appui d'une proposition fort importante qu'on n'a point assez remarquée dans ses écrits, c'est que toutes les maladies nerveuses ne sont que des effets symptomatiques de l'inflammation du foie, de la matrice ou du cerveau.

Une fièvre continue, avec un sentiment de tension, de plénitude, d'ardeur, de douleur, augmentant par le toucher dans la région du foie; la difficulté de se coucher sur l'un ou sur l'autre côté, pour ne pas aggraver ces symptômes; l'apparition fréquente d'une douleur à l'épaule, des hémorragies nasales, un flux hémorroïdal et l'examen attentif des causes qui ont précédé, tels sont les seuls signes que Frank assigne à l'hépatite chronique. Il ajoute, comme signe de l'induration du foie, une tumeur dans l'hypocondre droit, avec sentiment de pesanteur augmentant dans l'expiration, et la dyspnée par le coucher sur le côté droit, surtout après le repas, de mauvaises digestions, une constipation rebelle, la couleur cachectique de la face, l'œdème du pied droit; il ajoute encore que l'on n'observe pas toujours de tumeur à l'hypocondre.

Robert Thomas dit que l'hépatite chronique est ordinairement accompagnée d'anorexie, d'amaigrissement, de dyspepsie, de flatuosités, de gastralgie, de constipation; la peau et les yeux, dit-il, sont jaunes; les excrémens ressemblent à de l'argile; l'urine, très-colorée, dépose un sédiment rouge et un mucus gluant; une douleur obtuse s'étend de la région du foie jusqu'à l'épaule droite; le foie devient gros et dur; il y a des accidens très-analogues à ceux de l'asthme (remarque importante et pleine de sagacité); quelquefois le pouls est intermittent.

Quel sujet de méditations que les diverses tableaux que je viens de mettre sous les yeux du lecteur! Il se demandera sans doute où est la certitude tant vantée de la médecine, au milieu de toutes ces descriptions divergentes; il se demandera comment on a osé asseoir des méthodes de traitement sur des bases aussi futiles, sur une observation si peu digérée. Il résulte évidemment de ce que les pathologistes ont dit de l'engorgement, de l'obstruction, de l'intempérie froide ou chaude, du squirre et du cancer du foie, qu'il est impossible de distinguer, pendant la vie, ces diverses altérations les unes des autres, puisque les symptômes qui, selon eux, caractérisent chacune d'elles, ne diffèrent guère que sous le rapport de l'intensité; et que, s'il en est quelques-uns qui manquent parfois, il en est de constans, sinon pendant la totalité, au moins pendant une partie du cours de la maladie, que c'est surtout par l'étude de ces phénomènes qu'on doit espérer de parvenir à connaître la nature du trouble vital, cause prochaine

de ces altérations, et de trouver les signes caractéristiques, sinon de chacune de ces altérations, au moins de l'état morbide qui y donne lieu. Or ce fond de symptômes qui varie peu dans les maladies chroniques du foie, dénote que, dans ces affections, le viscère est le plus ordinairement, si ce n'est toujours, affecté d'une manière analogue, sinon identique. Et, pour peu qu'on étudie ces symptômes, on verra qu'ils révèlent l'inflammation chronique du viscère plutôt que les altérations de structure qui en sont les suites nécessaires.

Si nous résumons tous les phénomènes indiqués par les auteurs, comme signes des maladies chroniques du foie, nous y trouvons les suivans :

A la suite d'une hépatite aiguë bien caractérisée, ou que l'on a quelquefois confondue avec une pleurésie du côté droit, les symptômes diminuent d'intensité, ceux qui indiquent l'accélération de la circulation cessent, le malade éprouve un mieux sensible, l'appétit lui revient, il recouvre une partie de ses forces, et reprend lentement ses habitudes. Tout semble annoncer la guérison. Cependant le retour des forces n'est pas complet, les jambes restent faibles, la voix demeure voilée; si l'appétit est bon, il cesse dès les premières bouchées d'alimens; il y a de la soif, un sentiment de pesanteur parfois douloureuse et des picotemens dans l'hypocondre droit; la respiration est un peu gênée, l'œil brillant, la conjonctive jaunâtre. Sans aller plus loin, on peut affirmer que l'inflammation continue, quoiqu'à un moindre degré, puisque les symptômes qui la caractérisaient directement subsistent, bien que plus obscurs. Si les effets sont peu marqués, c'est que la cause est peu énergique, mais pour cela elle n'a pas changé de nature. C'est ainsi que l'on observe assez fréquemment le passage de l'hépatite à l'état chronique. Ces sortes de cas sont peu sujets à équivoque; il suffit, pour les caractériser, de dire qu'on les reconnaît à la prolongation des symptômes pathognomoniques ou locaux; avec de l'attention on reconnaît ceux-ci, quelque peu prononcés qu'ils soient. Mais, pour cela, il ne faut pas se borner à écouter ce que dit le malade, il faut le questionner méthodiquement, explorer avec soin la région de l'hypocondre droit, et surtout s'assurer si les symptômes que l'on observe proviennent d'un état morbide de l'organe dans lequel on les observe, ou de l'affection d'un organe qui l'affecte sympathiquement.

Bien souvent l'hépatite chronique n'est point la conséquence d'une hépatite aiguë; ainsi, le plus ordinairement, l'inflammation du foie s'établit lentement, furtivement pour ainsi dire; mais il est essentiel de faire remarquer que ce développement insidieux de l'hépatite chronique est souvent préparé par des

hépatites aiguës, à la suite desquelles la santé s'est momentanément rétablie. Telle est, en effet, la nature de tous les viscères à parenchyme homogène, que lorsqu'une partie de celui-ci est affectée, si elle ne l'est point assez pour que le reste du viscère en soit lésé, les fonctions de l'organe continuent ou se rétablissent; il n'y a point ce qu'on nomme de la fièvre; la santé paraît florissante jusqu'à ce que la partie malade subisse des changemens tels, ou bien que la maladie s'étende tellement, que le parenchyme entier se trouve affecté, et ses fonctions par conséquent dérangées. Dans l'un ou l'autre cas, une véritable inflammation, plus ou moins intense, ayant le caractère plus ou moins aigu, envahit le foie, et l'on voit se manifester les symptômes de l'hépatite aiguë, au milieu de ceux de l'hépatite chronique, c'est-à-dire que ceux qui caractérisent en général l'inflammation du foie, deviennent plus intenses, plus apparens, et qu'il s'y joint ceux qui résultent d'une phlegmasie plus vive de ce viscère, soit primitifs, soit sympathiques.

On reconnaît l'hépatite chronique, sans hépatite aiguë préliminaire, aux phénomènes suivans :

Souvent la maladie s'annonce, plusieurs mois ou plusieurs années à l'avance, par des symptômes d'hypocondrie, c'est-à-dire d'irritation simultanée de l'estomac, des intestins et du cerveau, ou par diverses incommodités qui n'ont rien de caractéristique, lorsqu'on ne remonte pas à leur source dans les organes. Telles sont des démangeaisons dans tout le corps, des douleurs vagues et des lassitudes spontanées, un froid aux pieds qui se fait sentir plus particulièrement dans la nuit, etc. De temps en temps, et à des intervalles de plusieurs mois, le malade éprouve des douleurs à l'hypocondre droit, qui surviennent tout à coup, durent quelques secondes, quelques minutes, ou tout au plus un quart-d'heure, et disparaissent ensuite complétement. Jusque là la santé paraît fort bonne, et l'on n'observe aucun changement dans les fonctions; cependant l'embonpoint diminue, et le ventre augmente un peu de volume; la peau prend une légère teinte jaune. Au bout de quelque temps, les progrès de la maladie sont marqués par de nouveaux symptômes : sorte de malaise habituel dans l'hypocondre droit et dans la région épigastrique; digestions longues et pénibles, dégoût pour certains alimens, quelquefois vomissemens pituiteux, sans causes appréciables externes, ou à la suite d'une quinte de toux; légères coliques par intervalles, accompagnées de borborygmes et d'émission de vents par haut et par bas. Lorsqu'à cette époque le malade rend compte des malaises qu'il éprouve, on est ordinairement porté à le regarder comme hypocondriaque; mais si l'on palpe son ventre,

on trouve ordinairement le foie volumineux, dépassant les dernières côtes de deux ou trois travers de doigt, ou même davantage, et quelquefois parsemé de bosselures de diverses grosseurs, d'autant plus faciles à distinguer que la maigreur est plus considérable. Chez quelques sujets, la masse du foie est soulevée par les battemens de l'aorte, et elle pourrait être prise pour un anévrisme par un observateur peu attentif. Si l'appetit s'était soutenu jusque là, il disparaît ordinairement, et les digestions sont de plus en plus pénibles; elles sont accompagnées d'un malaise extrême dans la région épigastrique; les douleurs de l'hypocondre droit sont pour l'ordinaire sourdes, gravatives, rarement lancinantes; elles répondent dans le dos, quelquefois dans l'épaule droite. La respiration est un peu embarrassée, surtout lorsque le malade essaie de se coucher sur le côté gauche; il lui semble que quelque chose pèse sur sa poitrine, et de temps à autre il fait une grande inspiration, comme un homme qui soupire. Cependant l'amaigrissement commence à faire des progrès; souvent la peau et les conjonctives deviennent d'un jaune foncé, et l'on observe en même temps des matières fécales grisâtres, des urines safranées, épaisses et comme oléagineuses. S'il ne survient pas d'ictère, les selles sont ordinairement noirâtres; il y a toujours plus ou moins de constipation, et presque jamais de vomissemens. Les jambes enflent, et cette enflure gagnant, de proche en proche, les cuisses et le ventre, dégénère le plus ordinairement en hydropisie ascite. Les malades meurent hydropiques, ou dans le dernier degré du marasme, à moins qu'une maladie aiguë ne vienne mettre fin à leurs souffrances, dont la durée varie ordinairement depuis deux mois jusqu'à deux ans, à compter de l'époque où ils ont commencé à se regarder comme malades.

Si l'on compare ce tableau à ceux que nous avons tracés plus haut, d'après Sauvages, Stoll et d'autres auteurs, on verra que ce dernier comprend les traits épars dans les précédens, habilement fondus en un seul. Nous sommes loin de vouloir nous approprier ce travail très-soigné : à quelques lignes, à quelques modifications près, il est textuellement copié des recherches de Bayle sur le cancer; et c'est ici l'occasion de signaler une erreur théorique et pratique fort remarquable de cet habile observateur : il indique tous les phénomènes dont on vient de lire l'énumération, comme autant de symptômes qui accompagnent le développement du cancer du foie, ce qui est vrai; mais ensuite, regardant ces mêmes symptômes comme plus particulièrement dépendans de cette dégénérescence de l'organe sécréteur de la bile, il dit que toutes les indurations chroniques du foie et les tumeurs de différentes espèces, telles que les tu-

bercules, les mélanoses, les corps fibreux, les kystes, les hydatides, qui se développent à l'intérieur de ce viscère ou à sa surface, peuvent être confondus, pendant la vie, avec les masses cancéreuses; c'est-à-dire que toutes ces altérations peuvent s'accompagner, pendant la vie, des symptômes ci-dessus indiqués, d'où l'on doit conclure que ces derniers ne sont pas exclusivement ceux du cancer, qu'ils ne *simulent* pas le cancer du foie, mais qu'ils sont, comme toutes les altérations de structure du foie, des effets de la lésion de ce viscère qui préside à toutes ces altérations. Or, si, comme nous l'avons déjà dit, on compare ces signes des maladies chroniques du foie à ceux de l'hépatite aiguë, on se convaincra qu'ils ne diffèrent que parce que les uns sont très-intenses et durent très-peu, tandis que les autres, moins marqués, séparés par des intervalles de calme, durent long-temps. D'après ces considérations, n'est-on pas porté à conclure que tous les signes indiqués jusqu'à ce jour comme annonçant l'hépatalgie chronique, l'obstruction, l'induration, le squirre et le cancer du foie, ne sont que des symptômes de l'inflammation chronique de ce viscère? L'histoire des inflammations chroniques est plus avancée qu'on ne le pense, pour celui qui sait lire ces vieux livres qu'un réformateur jaloux voudrait voir fermés pour toujours.

Bayle ajoute, à l'exposé de ce qu'il regarde comme les symptômes du cancer du foie, que parmi ces symptômes il n'en est aucun de constant, si ce n'est l'augmentation de volume du foie et les inégalités de sa surface, et qu'il a vu mourir de cette maladie des individus qui n'avaient jamais éprouvé les moindres douleurs dans la région du foie, ni à l'épigastre, et dont les fonctions digestives n'avaient commencé à se déranger que dans le dernier degré du marasme. Il en est ainsi de toutes les inflammations chroniques; toutes ont lieu quelquefois sans douleur et même sans trouble de fonctions; mais il faut pour cela que le développement en soit fort lent, et que le siége en soit très-peu étendu, que la sensibilité du sujet soit obtuse, et le système digestif ou circulatoire peu irritable. Cela a lieu, non-seulement dans le cancer du foie, mais encore dans tous les cas d'altérations de ce viscère, lorsque les circonstances susindiquées se rencontrent. Il faut encore, pour ces cas, que l'estomac ne soit pas irrité par un mauvais régime, par un régime trop succulent, par des médicamens irritans, par des prétendus fondans.

Nous trouvons encore, dans le travail de Bayle, cette remarque, que quand la maladie n'est pas compliquée d'un squirre de l'estomac, c'est-à-dire d'une gastrite avec dégénérescence squirreuse des parois de ce viscère, il y a moins de borborygmes et de flatuosités que quand une partie du canal

digestif a subi une dégénérescence de cette nature. Le même auteur ajoute que le cancer du foie ne se développe jamais avant la vingt-cinquième année, et presque toujours après la quarante-cinquième. C'est là, en effet, l'époque de la vie où l'on observe, je ne dirai pas toujours, mais le plus ordinairement, l'hépatite chronique.

Après avoir dit que l'augmentation du volume du foie et les inégalités de sa surface ont constamment lieu quand ce viscère a subi la dégénérescence cancéreuse, Bayle ajoute que ce qui distingue ces inégalités de celles qui surviennent dans des altérations du tissu autres que le squirre et l'encéphaloïde, c'est la dépression, en forme de godet, qu'on observe à leur surface, lorsque la maigreur des parois abdominales le permet : ce signe est, selon lui, indubitable. Il dit ensuite que les autres altérations organiques ont *toutes* quelques signes particuliers ; mais la mort l'a empêché de les indiquer. On doit peu regretter cette partie de son travail ; car ces signes n'étaient certainement que les indices d'affections reconnues incurables, et ceux qui voudront poursuivre les travaux de cet anatomiste célèbre, travailleront plus utilement pour la médecine pratique, s'ils recherchent surtout les signes auxquels on peut reconnaître que l'hépatite chronique n'a point encore donné lieu à une altération irrémédiable de structure; car si leurs recherches sont couronnées du succès, on saura jusqu'à quel moment on peut espérer et on doit tenter la guérison.

Il résulte, de tout ce qu'on vient de lire, que le foie, placé entre l'organe respiratoire, l'estomac, le duodénum et l'aorte, donne lieu à quatre séries de symptômes, quand il est enflammé, soit d'une manière aiguë, soit d'une manière chronique, et que, quand la douleur à l'hypocondre est peu intense, elle peut, si l'inflammation s'étend plus particulièrement à la partie supérieure, simuler ou du moins faire croire à une pleurésie, car alors la dypsnée et la douleur de poitrine sont les symptômes dont les malades se plaignent davantage, et si l'inflammation a lieu plus particulièrement à la partie interne ou concave, on observe surtout des accidens qui semblent dénoter une gastrite, une duodénite ou ces deux inflammations réunies, les vomissemens et les douleurs à l'épigastre étant les symptômes les plus apparens. Dans l'un et dans l'autre cas, il faut explorer avec soin la poitrine et l'appareil digestif, afin de reconnaître si l'un ou l'autre des viscères indiqués participe à l'inflammation ; ainsi, on fera respirer largement le malade, on percutera, on auscultera la poitrine, on étudiera le mode de dilatation du côté droit du thorax, et l'on examinera surtout si la douleur augmente dans l'inspiration ou l'expiration : la douleur pleurétique ne peut guère être méconnue, quand

on l'a observée plusieurs fois avec attention. On palpera, non-seulement l'épigastre, mais encore l'hypocondre, non légèrement, mais avec une certaine force, et l'on fera faire en même temps une profonde inspiration; on examinera la langue avec soin, et l'on étudiera les appétences du malade. Dans cette recherche, il ne faut pas oublier que, si la complication de la pleurésie avec l'hépatite est rare, celle de l'hépatite avec la gastrite est commune, et heureusement facile à constater aujourd'hui, que les signes de cette dernière sont bien connus.

Le soulèvement du foie volumineux, par l'aorte et le mouvement imprimé à la partie inférieure de ce viscère, ne peut guère en imposer qu'à un observateur superficiel; mais il est un cas qui n'a pas été indiqué, que nous sachions, et qui peut donner lieu à une erreur grave, c'est celui où le rein droit, déplacé par je ne sais quelle cause, se porte en avant, au-dessous des fausses côtes, et simule à merveille la saillie que forme le foie, quand il est tuméfié. On reconnaît que la tumeur n'appartient pas à ce dernier viscère, parce qu'elle disparaît quand le rein est refoulé à sa place, quand les intestins sont distendus par des gaz. Nous n'avons observé qu'un seul cas de ce genre; mais il a induit en erreur les praticiens les plus distingués, qui sont, pour l'ordinaire, toujours prompts à décider les problèmes les plus difficiles du diagnostic.

L'hépatite aiguë n'est pas la seule à donner lieu à des abcès à l'hypocondre; on en a vu survenir à la suite de l'hépatite chronique, lors même que le foie avait subi une dégénérescence cancéreuse. Il est difficile et peut-être même impossible de distinguer ces deux cas l'un de l'autre, mais il n'est pas inutile de dire ici, comme par anticipation, que les guérisons, dans l'un et dans l'autre cas, sont peut-être plus communes qu'on ne pense, et qu'elles le seraient peut-être davantage si l'on n'hésitait, le plus ordinairement, à ouvrir ces abcès, alors même que l'inflammation commençante des tégumens annonce qu'il y a certainement adhérence de la tumeur aux parois de l'abdomen.

Nous ne pouvons nous dispenser de dire, encore par anticipation, que la prodigalité avec laquelle on conseille l'usage des stimulans dans le traitement de l'hépatite chronique, est une cause fréquente, non-seulement de la prolongation de l'exaspération de cette maladie, mais encore de son extension aux viscères voisins, et que ces mêmes moyens ont hâté la mort de plus d'un sujet. Néanmoins, nous avons observé un cas dans lequel les gens de l'art ayant été très-réservés dans l'emploi des *fondans*, la terminaison n'en fut pas moins funeste, malgré un régime extrêmement sévère, malheureusement commencé trop tard, c'est-à-dire à l'époque des vomissemens. Il

reste beaucoup de recherches à faire pour établir les caractères des traces de l'hépatite après la mort, surtout quand cette inflammation a peu duré. Il s'agit d'en faire connaître positivement les effets à peu près inconnus, si on en excepte la suppuration, qui n'a pas toujours lieu, lors même que la mort arrive. Cette recherche n'ayant pas encore été faite avec méthode, nous allons nous borner à énumérer et décrire les diverses altérations qu'on observe dans le foie, sans rien affirmer sur le degré d'ancienneté de l'inflammation qui en est la cause prochaine.

L'altération la plus fréquente est l'adhérence plus ou moins intime de la portion du péritoine qui revêt le foie à la portion de cette même membrane qui revêt le diaphragme, la paroi antérieure de l'abdomen, l'estomac, le duodénum, et même le colon et le rein. Ces adhérences, bornées souvent à un seul point, s'étendent parfois à la totalité de la face convexe, ou à une grande partie de la face concave. Celles entre le diaphragme et le foie sont les plus communes. Elles sont quelquefois peu intimes, et formées par la présence d'une couche d'albumine concrète; plus souvent on trouve cette couche convertie en une sorte de tissu lamineux plus ou moins étendue, et qui se montre sous forme de brides parfaitement organisées. L'adhérence est quelquefois tellement intime, que les parties semblent être devenues continues. C'est elle qui menace souvent la vie du sujet, quand elle s'oppose à l'épanchement du pus dans le péritoine, lorsque le foie est devenu le siége d'une ou de plusieurs collections purulentes qui tendent à se porter au dehors, à travers les parois de l'abdomen. Ces adhérences sont évidemment le produit de l'inflammation aiguë.

Une autre altération, encore plus commune peut-être, est la couleur ardoisée, noirâtre, disposée par plaques uniques ou multiples, toujours nettement circonscrite, qu'on observe principalement à la face concave du foie. On ignore en quoi consiste cette coloration singulière, et quel est l'état morbide qui l'occasione. Si l'on en jugeait par analogie avec des taches d'un noir plus foncé que l'on remarque, dans un plus petit nombre de cas, à la surface externe des intestins, on serait tenté de l'attribuer à l'inflammation; mais comment expliquer la singulière régularité de ces plaques noirâtres? Elles sont souvent triangulaires ou quadrangulaires; presque toujours elles finissent au bord tranchant, et, dans la direction opposée, une ligne droite les termine brusquement. Quel est alors l'état de la substance du foie? on l'ignore. Il est probable cependant que c'est d'elle que dépend particulièrement cette singulière colo-

ration, ou, si l'on veut, décoloration qui, toujours, se prolonge à l'intérieur du viscère.

La couleur de la surface du foie varie de bien d'autres manières. Ce viscère est tantôt d'un rouge brun foncé, d'un jaune rougeâtre, ou pâle et blanchâtre. La couleur brune est peut-être fort souvent normale. La couleur jaune plus ou moins foncée est toujours le signe d'un état morbide. Quant à la pâleur du foie, on ne sait trop à quoi l'attribuer, mais il est certain qu'elle accompagne quelquefois des altérations de tissu qu'on ne peut attribuer qu'à une phlegmasie chronique. La rougeur, signe non équivoque de l'inflammation, est, comme on le pense bien, à peu près nulle dans un viscère naturellement d'un rouge foncé, et c'est sans doute ce qui fait qu'on ne sait presque rien sur les traces de l'hépatite aiguë.

Quelle que soit la couleur de la surface du foie, fort sonsouvent elle est superficielle, tandis que d'autres fois elle s'étend plus ou moins profondément à la plus grande partie ou même à la totalité du viscère.

On a peu fait mention d'une couleur bronzée de l'intérieur de la substance du foie, laquelle est accompagnée d'une mollesse peu ordinaire de cette substance; nous présumons qu'elle est due à l'inflammation chronique, sans pouvoir l'affirmer; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle favorise la rupture du viscère qui en est le siége.

Le ramollissement, ou plutôt la mollesse du foie n'est pas très-rare; elle est plus commune encore peut-être que l'endurcissement de sa substance, que l'on donne comme un signe d'inflammation. Depuis que les recherches de Lallemand ont prouvé que la friabilité des tissus est, plus que l'endurcissement, un résultat direct de cet état morbide, il est permis de douter que l'induration du foie, sans altération de texture, soit souvent un produit de l'hépatite aiguë, et l'on est porté à croire, quand on a ouvert un grand nombre de cadavres, que cette induration a été indiquée plutôt par analogie que d'après l'observation.

Lorsque l'inflammation a produit la suppuration, on trouve, pour l'ordinaire, plusieurs foyers purulens plus ou moins étendus, rarement une seule vaste caverne qui semble envahir tout l'organe. L'état de la substance du viscère, en pareil cas, a été peu étudié. Nous avons observé que le pus est tantôt rassemblé dans une cavité où il ne reste plus aucune trace de parenchyme hépatique, et tantôt mêlé à ce parenchyme; qui semble alors avoir été broyé, tant il est ramolli.

On prétend avoir trouvé dans le foie des collections de pus

dont aucun symptôme inflammatoire aigu n'avait révélé la formation, et l'on a été jusqu'à dire que ce pus pouvait, à la suite d'une phlegmasie aiguë, rester incarcéré, et se maintenir pendant fort long-temps au milieu du parenchyme. Il est évident que du pus retenu ainsi dans un organe que tant de sang parcourt, ne pourrait y rester sans subir une altération notable. Encore si l'on voulait admettre que c'est lui qui devient le rudiment des tubercules de diverse nature qu'il est si fréquent de rencontrer dans le foie; mais on se garde bien de croire à aucune liaison entre ces tubercules et l'inflammation.

Bayle a désigné, sous le nom de tubercules du foie, la plupart des altérations de texture de ce viscère auxquelles on donne aujourd'hui les noms de dégénérescences ou productions morbides. C'est en effet sous forme de tubercules que se développent ces altérations. Rarement elles envahissent une grande portion du viscère. C'est tantôt de la matière tuberculeuse proprement dite, tantôt du squirre ou de l'encéphaloïde, des mélanoses, des cirrhoses; souvent on trouve plusieurs de ces substances réunies, souvent aussi elles sont enveloppées d'une membrane en forme de kyste, quelquefois cartilagineux et même osseux dans un ou plusieurs points de son étendue ou dans sa totalité.

Le volume, l'aspect et le nombre des portions de chacune de ces substances, ainsi que leur mode d'agglomération, varient à l'infini.

A la suite des symptômes que nous avons indiqués comme signes de l'hépatite chronique, le foie a toujours acquis un volume considérable; cette augmentation peut aller jusqu'au double de sa grosseur et aussi de son poids; l'une et l'autre sont même quelquefois triplés; alors, dit Bayle, le foie remplit ordinairement la région épigastrique, et se prolonge dans l'hypocondre gauche; son bord inférieur descend jusqu'à peu de distance de la crête iliaque droite, et sa face convexe refoule le diaphragme dans la poitrine, jusqu'à la hauteur de la cinquième ou même de la quatrième côte. Toute sa surface est souvent remarquable par un nombre plus ou moins considérable de bosselures de différentes grosseurs, qui, quelquefois, représentent des portions de sphéroïdes, creusées vers le milieu d'un enfoncement en forme de godet. « Lorsqu'on incise ce viscère, on découvre çà et là, dans son parenchyme, des tumeurs ou masses squirreuses. Le volume de ces tumeurs varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un poing fermé; leur forme est irrégulièrement arrondie, et assez semblable à celle d'une pomme de terre. Leur nombre est très-variable : tantôt on n'en trouve que cinq ou six, situées à une assez grande dis-

tance les unes des autres; tantôt elles sont tellement multipliées, qu'elles paraissent former plus des trois quarts du volume du foie, et qu'on ne peut faire une incision dans ce viscère, sans en diviser quelques-unes. Mais, lors même qu'elles sont le plus nombreuses, le tissu du foie qui les environne est presque toujours parfaitement sain. Dans la plupart des cas, elles paraissent être seulement contiguës à ce tissu, ou du moins n'y tenir que par quelques prolongemens vasculaires : on les isole sans difficulté avec le manche du scalpel, et la cavité qui les contenait reste parfaitement lisse. Si le sujet a été ictérique dans les derniers temps de sa vie, les masses squirreuses sont colorées en jaune, de même que la sérosité épanchée dans le péritoine; dans tout autre cas, elles sont blanches ou un peu jaunâtres. Leur structure intime offre plusieurs particularités remarquables. Le tissu squirreux qui les constitue n'existe presque jamais seul; il est souvent uni à une certaine quantité de matière tuberculeuse ou de matière cérébriforme, dont les proportions et la distribution sont très-variables. Dans les cas les plus ordinaires, la matière squirreuse forme un tissu aréolaire, comparable à celui d'une éponge, et les aréoles de ce tissu sont remplies de matière tuberculeuse, de matière cérébriforme, ou de ces deux substances réunies, qu'on en fait sortir au moyen de la compression, surtout lorsqu'elles sont à demi-ramollies. A une époque plus avancée de la maladie, ces diverses matières étant toutes ramollies et fondues ensemble, il semble impossible de les distinguer. Alors la masse squirreuse est convertie en un foyer de pus, qui s'agrandit peu à peu aux dépens du parenchyme du foie, jusqu'à ce qu'il parvienne à se faire jour dans la cavité péritonéale, dans l'estomac, ou bien à l'extérieur, en détruisant successivement les parties qui ont contracté des adhérences avec le foie. Mais il est très-rare que les malades survivent au ramollisement des grandes masses cancéreuses du foie : aussi voit-on presque toujours ces dégénérescences encore fermes, et, comme il s'en forme incessamment de nouvelles tant que le malade vit, on trouve souvent, dans le même foie, des masses cancéreuses commençantes, et d'autres qui sont déjà plus ou moins ramollies. Outre les masses cancéreuses contenues dans le foie, il s'en trouve quelquefois dans l'épiploon gastro-hépatique de tout à fait semblables, tantôt isolées, tantôt confondues en une seule masse, qui réunit la petite courbure de l'estomac à la face concave du foie. Le cancer du foie peut exister seul; on le trouve plus souvent compliqué avec d'autres maladies cancéreuses, notamment avec le cancer de l'estomac ».

Cette longue citation ne peut déplaire au lecteur; il y aurait eu de la témérité de notre part à décrire après Bayle les

suites de l'hépatite chronique. On verra aisément que cet habile anatomiste s'est trop laissé aller au désir de prouver l'isolement des masses squirreuses du foie, et personne ne croira qu'après les avoir détachées de la substance de ce viscère, celle-ci demeure *lisse*; mais il est impossible de décrire des altérations de structure en moins de mots, et plus exactement.

Bayle fait une remarque importante, c'est que la sécrétion de la bile n'est pas interrompue (ordinairement, devait-il dire), même dans les cas où la dégénérescence a envahi la plus grande partie du foie. On trouve en effet, dit-il, dans la vésicule biliaire et dans le duodénum, la même quantité de bile que dans toute autre circonstance, et cette humeur n'offre aucune altération notable. Bayle part de là pour prétendre que l'ictère, qui survient dans les derniers temps de la maladie, paraît dépendre assez souvent de quelques masses cancéreuses développées aux environs du pancréas et des conduits excréteurs de la bile, tandis que, d'autres fois, on ne trouve aucune cause probable de cette complication. Nous discuterons cette assertion à l'article ICTÈRE.

La dégénérescence tuberculeuse du foie est plus rare que ne l'ont pensé les anciens anatomistes: tout était tubercules pour eux. Baillie, qui en signale de *blancs* et *larges*, de *mous* et *bruns*, les distingue des tubercules *scrofuleux*, qui ont, suivant lui, les mêmes dimensions, la même organisation, et qui produisent au toucher la même sensation que ceux du poumon. Ces tubercules ne forment point à la surface du foie les bosselures qui sont le résultat de la présence des autres espèces de tubercules. Il a observé, dans un foie dont le tissu était très-flasque, des tumeurs rouges, d'un volume considérable, qui contenaient une espèce de pus, et il a cru que c'était là une altération produite par les scrofules, parce que les ganglions lymphatiques étaient tuberculeux.

Les tubercules *noirs* de Baillie ont pris le nom de *mélanose*, par les soins de Laënnec, et les masses *jaunes* de Bayle ont reçu du même le nom de *cirrhose* On sait que ces deux derniers anatomistes considéraient les altérations organiques comme des individualités, et non comme des accidens.

Les cirrhoses sont, selon Laënnec, des productions morbides des tissus accidentels, sans analogues, que l'on confond avec le squirre; leur développement est, dit-il, une des causes les plus communes de l'ascite, et il a cela de particulier, qu'à mesure que les cirrhoses se développent, le tissu du foie est absorbé, finit souvent par disparaître entièrement, et que, dans tous les cas, un foie qui contient des cirrhoses perd de son volume, au lieu de s'accroître d'autant. Les cirrhoses se composent de grains de forme ovoïde, d'un volume quelque-

fois égalant à peine celui d'un grain de millet ou de chenevis, faciles à isoler les uns des autres, à peine séparés quelquefois par une très-petite quantité de la substance naturelle du foie; elles sont d'un jaune roux, tirant sur le foncé, et, en quelques endroits, sur le verdâtre; leur tissu est humide, opaque, flasque plutôt que mou, ne s'écrasant qu'en partie sous les doigts, offrant dans le reste de son étendue la sensation d'un morceau de cuir mou. Sur trois cas de cirrhoses que Laënnec rapporte, il n'y avait ascite que dans deux. Il y a quelque probabilité que les cirrhoses sont un effet de la diminution du mouvement nutritif dans le foie, suite d'une inflammation chronique. On peut en dire autant de plusieurs altérations de substance de ce viscère, car il nous semble que l'inflammation ne les produit pas toutes directement. Quoi qu'il en soit, on chercherait en vain de quelle utilité il peut être, soit en pratique, soit même en théorie, de vouloir faire une maladie particulière de tel tubercule, parce qu'il est *jaune*, et de lui donner le nom de *cirrhose*; de tel autre, parce qu'il est *noir*, et de l'appeler *mélanose*. Laënnec dit que les cirrhoses sont une des causes les plus communes de l'ascite; ce langage renferme une vérité présentée sous la forme d'une erreur : le fait est que, dans les cas d'ascite produite par l'inflammation chronique du foie, on trouve souvent dans ce viscère les cirrhoses de Laënnec; mais ces cirrhoses ne sont, comme l'hydropisie du péritoine, que des effets des divers états morbides qui se succèdent dans le viscère pendant la longue durée de sa désorganisation.

A l'ouverture des cadavres, il n'est pas rare de trouver le foie passé à l'état graisseux; le premier degré de cet état est annoncé par une coloration en rouge jaunâtre, et le plus élevé, par la teinte jaune pâle que prend le viscère. Ces signes ne suffisent pas pour indiquer ce mode d'altération, il faut qu'un papier, frotté avec un morceau du tissu du foie, devienne semblable à un papier qui a été huilé, et que l'on aperçoive des traces non équivoques d'un corps gras sur la lame du scalpel à l'aide duquel on a coupé ce tissu. Altéré de cette manière, le foie n'a plus d'élasticité, il conserve l'empreinte du doigt qui le comprime, il a peu de consistance, se déchire au plus faible effort, et il est beaucoup plus léger que dans l'état normal. Analysé par Vauquelin, un foie qui avait subi cette altération, et qui pesait de cinq à six livres, a fourni presque moitié de son poids d'huile jaunâtre concrète; le parenchyme ne pesait plus qu'un cinquième. Cette huile se comporte absolument comme la graisse animale. Thénard ayant analysé la bile de six foies gras, l'a trouvée cinq fois albumineuse, et une seule fois légèrement amère. Ne peut-on pas en conclure que cette dé-

générescence, encore peu connue, est accompagnée de l'inertie de l'action sécrétoire du foie, sans toutefois pouvoir en déduire qu'elle n'est pas un produit de l'inflammation de ce viscère? Il y a d'intéressantes recherches à faire sur ce point. Bayle a souvent trouvé le foie gras chez des sujets qui avaient succombé à la phthisie pulmonaire : il n'est pas de médecin anatomiste qui n'ait fait la même remarque. Pourrait-on en conclure que l'action du poumon sur le sang étant moins active dans cette maladie, celle du foie se trouve également diminuée? Le foie n'est-il pas le poumon du sang veineux? Ce sont là des hypothèses, des soupçons, ou plutôt de simples questions, que nous ne nous permettons qu'afin d'appeler l'attention sur un point de doctrine intéressant.

Nous avons parlé, à l'article FOIE, des hydatides que l'on trouve, après la mort, dans ce viscère, ou qui, à la faveur d'un abcès ouvert, soit à l'extérieur, soit dans le canal digestif, se frayent une voie au dehors. Nous avons à traiter ici des kystes séreux, ou de l'hydropisie enkystée de ce viscère. On méconnaît ces kystes fort souvent, presque toujours, même sur le viscère. Tantôt ils se bornent à la partie droite, tantôt à la partie gauche du foie; d'autres fois ils s'étendent à la totalité du viscère, et le réduisent en une vaste poche remplie de sérosité; à peine reste-t-il une portion de la substance propre de l'organe. La tumeur se prononce ordinairement à l'épigastre plutôt qu'à l'hypocondre, et cette circonstance est un signe précieux pour distinguer l'hydropisie en question de l'ascite proprement dite, dans laquelle la collection se forme d'abord à la partie inférieure. Quelquefois cependant, le foie, quoique très-volumineux, ne dépasse pas le bord des fausses-côtes; il se porte en haut, et refoule le diaphragme vers la poitrine. On sent combien le diagnostic est difficile en pareil cas. Sue ayant ouvert, dit Cruveilhier, une tumeur à la région épigastrique, qui lui parut être un abcès, deux pintes de sérosité s'écoulèrent; le malade éprouva des hoquets, des nausées, des vomissemens; il mourut dix jours après, et l'ouverture fit voir dans le foie un vaste kyste séreux. Dans le cadavre d'une jeune fille qui, à la suite d'une contusion de l'hypocondre, éprouva une douleur chronique vers cette région, tomba dans le marasme et mourut trois ans après l'accident, Lassus trouva un kyste séreux dans le lobe droit, et un autre dans le lobe gauche du foie. L'un d'eux s'était, dit-on, rompu, et la sérosité s'était épanchée dans l'abdomen; l'un et l'autre paraissaient en avoir contenu chacun environ trois à quatre pintes; une particularité fort remarquable, c'est qu'à l'ouverture de ces kystes, on en vit sortir, dit Cruveilhier, une membrane blanche, épaisse, semblable à la couenne du sang des pleurétiques; n'est-ce pas là une trace

de l'inflammation, ou bien faut-il admettre une sorte de dépôt et de concrétion de l'albumine contenus dans la sérosité exhalée à la surface interne des kystes? Cruveilhier parle de poches à parois transparentes, d'un volume variable, nageant au milieu de cette sérosité. Nous en avons vu de telles. Quelle analogie, quelle différence avec les acéphalocystes?

Les parois des kystes séreux du foie varient comme dans tous les autres organes: les moins anciens ont des parois molles, presque cellulaires; ceux qui le sont davantage sont évidemment formés par un tissu fibreux; les plus anciens ont des parois épaisses, demi-cartilagineuses, souvent presque complétement cartilagineuses, quelquefois osseuses, au moins dans plusieurs points de leur étendue.

On trouve quelquefois, dans le foie, des intersections blanchâtres, d'apparence fibreuse, qui ont de la ressemblance avec le tissu d'une ancienne cicatrice. Sont-ce des trous d'abcès du foie, à la suite desquels, le pus ayant été absorbé, il s'est opéré une cicatrisation analogue à celle du tissu cellulaire ou mieux du cerveau? Il faut bien que cela arrive quelquefois ainsi, puisque l'on compte plusieurs exemples de guérison d'abcès hépatiques; mais ces cas, si précieux pour la thérapeutique, sont perdus pour l'anatomie pathologique, parce que le médecin qui a vu la maladie guérir, ne peut guère procéder, plus tard, à l'ouverture du cadavre. Si des motifs sur lesquels nous garderons le silence, ne s'opposaient à ce que l'ouverture de tous les cadavres soit faite avec méthode, par ordre de l'autorité, combien seraient rapides les progrès de la science des maladies et, par conséquent, de l'art de guérir! N'est-il pas singulier que l'on n'ose prescrire, comme mesure générale, ce qui se pratique toujours sur le corps des rois?

Nous ne croyons pas inutile de répéter ici que quelques différences d'aspect, de volume, de structure, de densité et de couleur, que présentent les différentes altérations du foie que nous venons de décrire, on est autorisé à les considérer comme des effets de l'inflammation, aiguë ou chronique. Cependant il est probable que, pour plusieurs d'entre elles, à la surexcitation succède, de temps à autre, une asthénie du mouvement vital nutritif, qui leur imprime un caractère particulier; mais, dans ces deux propositions, le rôle de l'inflammation est plus clairement démontré que celui de l'asthénie.

Situé sous les tégumens, entouré du diaphragme de l'estomac, du duodénum et de l'intestin, et plus immédiatement du péritoine, le foie n'est point en rapport direct avec les corps extérieurs, excepté les cas où ceux-ci viennent frapper l'hypocondre, et ceux dans lesquels une chute sur les pieds, les genoux ou les fesses, ou toute autre violente secousse du corps

a lieu. Cette succussion, et surtout les contusions de l'hypocondre, sont les causes les plus fréquentes de l'inflammation du foie, au moins dans nos climats. Il est évident que ces deux causes ont pour résultat nécessaire un état de douleur du viscère, l'afflux du sang vers son tissu, en un mot, l'inflammation : il n'y a, à cet égard, aucun doute. L'hépatite qui se développe sous cette influence, a souvent pour résultat la suppuration et la formation d'un abcès à l'hypocondre : on en sent aisément la raison. Quand l'inflammation est peu intense, ou trop faiblement combattue, ce qui est le plus ordinaire, elle passe souvent à l'état chronique. Ce passage est d'autant plus commun, que, quand la douleur est peu considérable, le malade ne réclame guère les secours de l'art.

Une autre classe de causes de l'hépatite, et peut-être la plus fréquente, est l'immense quantité d'agens stimulans qui portent leur première action sur l'estomac et le duodénum. Tels sont les alimens tirés du règne animal : les viandes noires et grasses, rôties, et plus encore assaisonnées par l'art dangereux de nos cuisiniers ; l'abus des assaisonnemens chauds, tels que le poivre, le piment, en un mot, les épices ; les vins généreux qui contiennent beaucoup d'alcool, les liqueurs spiritueuses, l'usage intempestif ou trop répété des émétiques et des drastiques, qui excitent fortement la sécrétion de la bile ; l'usage intempestif et l'abus du quinquina dans les gastro-entérites, et surtout les gastro hépatites intermittentes, c'est-à-dire dans les fièvres intermittentes, gastriques ou bilieuses. Toutes ces causes, en surexcitant la membrane interne de l'estomac, produisent une gastrite, une gastro-duodénite, quand leur influence se borne à ces parties; si, au contraire, elle s'étend, par les canaux biliaires, au foie, celui-ci s'enflamme, de concert avec le duodénum ou l'estomac : quelquefois ces deux portions du canal digestif ne s'enflamment point sous l'empire de ces excitans, l'appétit continue, aucune douleur ne se fait sentir à l'épigastre, les digestions se font bien, jusqu'à ce que, tout à coup ou lentement, on voye survenir les phénomènes de l'hépatite. Ce cas est le moins fréquent, excepté chez les sujets prédisposés, par leur constitution, aux maladies du foie, plus qu'à celles de l'estomac. Nous ne pensons pas, avec Broussais, que l'hépatite soit toujours causée par la gastrite, quoiqu'il en soit souvent ainsi, car il est des cas où l'on n'observe aucun symptôme de gastro-entérite ; d'autres fois ces symptômes sont si faibles, que toute l'attention doit se tourner vers le foie. Si le traitement de la gastrite et celui de l'hépatite ne diffèrent point, les distinctions seraient inutiles; mais il n'en est pas ainsi, car la saignée est utile dans la première, et souvent nuisible dans la dernière. L'opinion de Broussais conduit à traiter l'hépatite

comme s'il n'y avait qu'une gastrite. Continuellement préoccupé de ses recherches, et, il faut le dire, de ses découvertes sur la gastrite, il ne néglige aucune occasion de relever le mérite de ses travaux, en signalant la gastrite dans presque toutes les maladies : c'est ainsi que, moitié involontairement, moitié à dessein, il travaille, ainsi que nous l'avons dit, pour ses intérêts particuliers, plutôt que pour la science. Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, on ne peut nous supposer d'autre intention que celle que nous venons d'indiquer : lorsqu'il nous arrive de signaler les obstacles qu'apportent à la propagation de la vérité, non-seulement les adversaires, mais encore plusieurs partisans des doctrines physiologiques, nous n'avons jamais d'autre but que de les mettre en garde contre la prévention, l'amour-propre et le penchant, si naturel, d'imposer leurs opinions à tous leurs confrères. Broussais a été jusqu'à dire que les hépatites aiguës ne sont mortelles que par l'addition de la gastro-entérite, de la péritonite, ou par l'inflammation des organes de la poitrine et de la cavité crânienne. Il est vrai qu'aussi long-temps que le foie seul est malade, la mort ne peut survenir; mais il en est de même de tous les organes, excepté peut-être du cœur et du cerveau : il est presque ridicule d'appliquer cette loi à l'hépatite seulement. Avec une semblable théorie, on finira par prétendre que l'encéphalite la plus violente ne tue pas, aussi long-temps qu'il n'y a pas de gastrite.

Une série de causes très-fréquentes de l'hépatite se compose des contusions, des plaies du crâne, des méninges et du cerveau, des excès d'études, des passions violentes, des chagrins profonds, des accès de colère et de l'insolation. Le résultat de toutes ces causes est un état violent ou habituel de douleur et de malaise pour le cerveau; par suite de la grande loi qui lie l'existence des autres viscères à celle de l'encéphale, chez l'homme au moins, le foie subit une modification morbide analogue. Cette modification est encore plus intense, lorsqu'à une ou plusieurs des causes qui agissent primitivement sur l'encéphale ou ses enveloppes, se joint l'action des causes qui déterminent l'irritation des voies digestives dont nous avons parlé plus haut.

Un autre ordre de causes est celui de toutes les circonstances qui suppriment les fonctions de la peau, telles que le refroidissement subit par l'exposition à un courant d'air, ou l'immersion d'une partie ou de la totalité du corps dans l'eau froide. Cette circonstance ne suffirait pas pour produire l'hépatite chez un sujet qui n'y serait pas déjà prédisposé par l'état de l'atmosphère, son régime, ses habitudes et sa constitution, mais elle est malheureusement trop efficace chez les personnes

dont le foie sécrète habituellement beaucoup de bile, qui ont eu des hémorrhoïdes, qui ont été sujettes à diverses hémorragies, qui abusent des stimulans, qui se font vomir ou se purgent sans motifs, et qui habitent des pays très-chauds, surtout humides; les mêmes effets ont lieu, dans nos pays tempérés, pendant les chaleurs de l'été.

Une vie sédentaire et le travail du cabinet disposent autant aux maladies du foie dans nos contrées, quand on y joint un régime trop tonique, que la haute température des pays chauds. D'où l'on peut conclure que les travaux excessifs de l'esprit ne sont guère possibles dans les contrées brûlées par le soleil.

On attribue souvent les maladies du foie à la répercussion d'un exanthème, de la goutte ou du rhumatisme, et cela met à l'aise notre gourmandise; mais il est de fait qu'avec plus de sobriété, on verrait plus souvent les goutteux et les rhumatisans se soustraire à l'hépatite chronique, qui en fait périr un si grand nombre, si, dès les premières atteintes de leurs douleurs, ils avaient le courage de s'imposer un régime sévère. Quant aux exanthèmes, leur développement est souvent l'effet d'une gastrite, d'une hépatite chronique; souvent ils alternent avec l'irritation de l'un ou de l'autre, ou de ces deux viscères. Mais lorsqu'on voit, à la suite de la disparition d'un exanthème chronique, se développer une inflammation de même type du foie, il ne faut pas toujours l'attribuer à l'absence de la phlegmasie de la peau; car celle-ci, au contraire, dans la plupart des cas, ne disparaît que parce que la gastrite, qui existe presque toujours en pareil cas, cesse de provoquer une irritation du derme, parce qu'elle excite un afflux trop actif du sang vers le foie. Ce ne sont pas là des hypothèses, c'est la simple expression de la liaison des phénomènes présentée d'après les résultats de l'anatomie pathologique. Néanmoins, dans quelques cas, une affection évidemment primitive de la peau venant à être imprudemment combattue à l'aide des acides, des sels ou oxides métalliques, on y voit parfois succéder une hépatite qui n'est point consécutive de la gastrite.

Si l'hépatite est souvent l'indice, l'effet d'une irritation, d'une inflammation de l'estomac, du duodénum, de l'encéphale ou de la peau, elle est souvent à son tour la cause de l'encéphalite, de la gastrite, de la péritonite, elle est souvent accompagnée de taches à la peau, appelées *éphélides hépatiques*, elle entraîne à sa suite l'hydropisie du péritoine. C'est ainsi qu'une contusion sur l'hypocondre ayant donné lieu à une hépatite intense, du délire se manifesta à l'instant où les signes de l'inflammation du foie diminuaient, ceux-ci reparurent, l'œil devint brillant, la parole brève, les convulsions survinrent, et promptement la mort. D'autres fois, à l'hépatite

par contusion, vient se joindre la gastrite. Nous choisissons ces faits de préférence, parce qu'ils nous offrent des cas d'hépatite incontestablement primitive. C'est ainsi que les inflammations des viscères s'engendrent réciproquement, et c'est pour avoir méconnu la fréquence de cette génération, ainsi que les lois qui y président, qu'on a souillé la pathologie d'une foule de maladies générales imaginaires.

On est frappé, en parcourant les traités les plus récens de pathologie, du peu d'étendue accordée à l'exposition du traitement de l'hépatite, et cela seul justifie l'assertion des écrivains qui ont affirmé que cette maladie était peu connue et souvent méconnue, parce qu'on la croit plus rare qu'elle ne l'est en effet, sinon au degré d'intensité signalé par les pathologistes, au moins à un degré obscur qui passe le plus ordinairement à l'état chronique. Une source de dangers et une cause de difficultés dans le traitement de cette maladie, dit Robert Thomas, c'est que, dans un grand nombre de cas, les symptômes inflammatoires ne sont que très-peu marqués, lors même que déjà la maladie marche vers la suppuration avec rapidité; c'est ce qu'on observe souvent dans les deux Indes. La douleur de côté n'est pas toujours constante ni aiguë, le malade lui-même y fait fort peu d'attention; il n'en parle que lorsqu'on l'interroge à ce sujet, et alors il n'accuse qu'un sentiment légèrement pénible au creux de l'estomac ou dans l'hypocondre droit. Ce n'est qu'en observant les symptômes secondaires, tels que la diarrhée, la toux courte et sèche, la douleur au moignon de l'épaule, la teinte jaunâtre des yeux et de la face, que l'on peut, dans de telles circonstances, déterminer, dit-il, le véritable état et la nature de la maladie, surtout si on palpe la région du foie, et qu'on y reconnaisse de l'engorgement et de la sensibilité.

Outre la diète sévère, qui est de rigueur dans toutes les maladies aiguës, il faut recourir aux émissions sanguines, quand le foie est enflammé. Pour peu que la phlegmasie ait d'intensité, et que le sujet soit pléthorique, il faut de suite pratiquer la saignée du bras, la réitérer si le pouls conserve sa force, si la douleur demeure la même, et de suite appliquer des sangsues au-dessous des côtes asternales droites, si le siége de la douleur paraît rapproché des tégumens, à l'anus, s'il paraît être profond et plus voisin des organes conducteurs de la bile. Après la chute des sangsues, l'écoulement du sang sera favorisé par l'application d'un cataplasme sur l'hypocondre, ou par le séjour sur un vase rempli d'eau bouillante, selon que les sangsues auront été posées à la région hypogastrique ou à l'anus. Dans tous les cas, des cataplasmes émolliens sont indiqués sur la région du foie. S'ils gênent par leur poids, ou les

remplacera par des linges ou de la flanelle imbibés d'une décoction mucilagineuse. Des boissons acidules ou mucilagineuses, selon le goût du malade, seront administrées, ainsi que des lavemens rendus légèrement laxatifs par l'addition du miel, de la crême de tartre, ou d'une petite dose d'un sel cathartique quelconque; mais on ne recourra à ces derniers qu'après que la douleur aura diminué.

Les émissions sanguines ne doivent pas être provoquées avec timidité; presque toujours on est trop réservé sur leur emploi dans le traitement de l'hépatite; cependant il y a plus d'un motif pour déployer une grande activité. La grande quantité de sang veineux que le foie reçoit, est un obstacle puissant à la guérison de son inflammation; il est donc important d'en diminuer la masse, afin que le viscère enflammé en reçoive le moins possible, qu'il soit, de cette manière, peu stimulé, et que son travail de sécrétion soit suspendu; c'est ce qui doit engager d'abord à recourir à la saignée par la lancette, et ce qui doit engager à la réitérer. Sous ce rapport, il y a la plus grande analogie entre le foie et le poumon; il ne suffit pas de diminuer la quantité de sang que ces viscères reçoivent pour leur nutrition, il faut encore diminuer l'abondance de celui qui leur est transmis pour l'accomplissement de leurs fonctions.

Toutes les fois qu'on se croit en droit de penser que le viscère lui-même est enflammé plus encore que la membrane séreuse qui le revêt, c'est une raison de plus pour donner la préférence à la saignée générale; cependant il pourrait devenir désavantageux de trop insister sur ce moyen, qui a l'inconvénient d'affaiblir plus que les lésions locales: il y aurait quelquefois du danger à s'obstiner à enlever, comme on le dit, la douleur avec la saignée; il est préférable, en général, après avoir ouvert la veine une ou deux fois, d'en venir à l'emploi des sangsues. L'ouverture de la veine doit être large: nous pensons, avec Fordyce, qu'il vaut mieux tirer en une seule fois une bonne quantité de sang; mais, pour cela, il faut que l'on soit appelé au début, plus tard on doit mettre plus de réserve, et malheureusement on est souvent appelé trop tard.

Le choix du lieu où l'on applique les sangsues n'est pas indifférent. On a remarqué que l'apparition des hémorroïdes, le retour du flux hémorroïdal annonçait parfois une heureuse terminaison, et de là on a conclu qu'il serait utile, en pareil cas, d'appliquer des sangsues à l'anus: l'expérience a souvent confirmé cette conjecture. Ce mode d'application est souvent suivi d'un soulagement très-prompt, surtout quand l'inflammation paraît sévir principalement sur la partie concave du foie; souvent alors les organes conducteurs de la bile sont également enflammés, avec le duodénum lui-même, et quelque-

fois l'estomac. Les sangsues à l'anus font cesser les symptômes de toutes ces inflammations avec une rapidité quelquefois étonnante : c'est aussi le cas où l'on peut d'abord ou en même temps appliquer des sangsues vers l'épigastre. L'application des sangsues à l'hypocondre, préférable quand la douleur est en quelque sorte sous-cutanée, doit être réitérée aussi longtemps que la douleur continue à se faire sentir : on ne peut à cet égard tracer que des préceptes généraux dont l'application méthodique et heureuse caractérise le praticien digne de ce nom, bien différent de ces routiniers qui déshonorent une belle profession, et vrais fléaux de l'humanité qu'ils invoquent à tout propos pour voiler les honteux mobiles de leur conduite désavouée par la science et la morale.

Broussais prétend que les hépatites commençantes doivent être enlevées à force de saignées locales. Cette règle est trop générale : toute congestion très-forte, chez un sujet pléthorique, réclame la saignée; on ne peut mieux faire, à cet égard, que de reconnaître avec quelle sagacité Barthez a traité ce point important de pratique.

Les ventouses, recommandées par quelques praticiens, sont tout à fait inutiles et, qui pis est, nuisibles dans le traitement de l'hépatite; appliquées sur le lieu même de la douleur, elles l'augmentent à un degré intolérable; dans le voisinage, elles sont encore douloureuses, ou bien leur effet est nul. Nous pourrions citer un chirurgien distingué qui s'est fait une loi de ne jamais attaquer cette inflammation que par les ventouses; nous lui avons vu traiter plusieurs phlegmasies de ce genre, et, malgré les ventouses, tous les malades ont succombé.

Les vésicatoires sont, dit-on, avantageux, appliqués sur l'hypocondre; pour qu'ils ne soient pas nuisibles, il faut que l'irritation soit près de céder par l'action des émissions sanguines, ou qu'on ait le soin de ne pas trop enflammer la peau. Les vésicatoires volans sont préférables, en ce qu'ils sont plus dérivatifs, et que leur irritation s'étend moins profondément.

Des lavemens émolliens doivent être donnés pour maintenir la liberté du ventre, et provoquer une action sédative dans les viscères de ces cavités; ce sont, comme le dit Robert Thomas, de véritables fomentations internes.

Quand l'accélération du mouvement circulatoire s'est ralentie sous l'empire des émissions sanguines, un moyen puissant est l'emploi des bains entiers, chauds ou tièdes, ou tout au moins des demi bains dans lesquels on monte jusqu'au-dessus de la base de la poitrine. Nous avons vu d'excellens résultats de ce moyen éminemment rationnel, dont l'emploi est justifié par une heureuse expérience. Les pédiluves chauds ne sont pas sans avantages, mais ils ne valent pas les bains de siége; on

doit néanmoins les préférer, quand on craint que l'irritation hépatique n'excite une irritation de l'encéphale.

Robert Thomas, qui a exposé avec quelque soin le traitement de l'hépatite, ajoute, comme ses compatriotes, à ces différens moyens, l'administration du protochlorure de mercure, uni au jalap, ou bien au séné, ou celle d'une portion dans laquelle entrent le nitrate et le tartrate antimonié de potasse.

Les Anglais emploient encore le quinquina en décoction, soit pour consolider la guérison, en dissipant les restes de l'inflammation, quand celle-ci est sur son déclin; soit pour faire obtenir que le pus soit louable, lorsque des frissons répétés donnent lieu de penser que la suppuration aura lieu. Dans ce même but, ils donnent du vin.

L'emploi du protochlorure de mercure a pour résultat, selon eux, de combattre la formation du squirre, ou de le dissoudre quand il est formé; ils prescrivent, en même temps, les frictions mercurielles sous l'hypocondre droit.

Tous ces moyens sont vantés par les Anglais comme ayant une très-grande puissance, et rien n'étonne davantage les Français que leurs prétentions en ce genre. La première réflexion qui se présente d'abord, c'est que, à l'exception peut-être des frictions mercurielles, il n'est pas de maladie aiguë ou chronique dans laquelle les Anglais n'aient recours à l'éternel calomélas ou au jalap; et cela, qui le croirait? immédiatement après les émissions sanguines. Ainsi ce ne peut être à titre de spécifiques qu'ils en recommandent l'emploi dans l'hépatite. Mais faut-il donc croire aux merveilles qu'ils racontent des effets de ces remèdes? D'abord les hépatites sont-elles aussi communes aux Indes qu'on l'a prétendu? ensuite n'est-il pas probable que cette prétendue efficacité du mercure ne paraît telle que parce qu'on use de ce moyen dans une foule de cas où la maladie aurait cédé sans lui? Ce qui le fait présumer, c'est que, tandis qu'une foule d'empiriques anglais le prodiguent avec une sorte de manie, les praticiens les plus sages de l'Angleterre ne s'en servent, selon Robert Thomas, que quand les symptômes inflammatoires ont cédé à un traitement antiphlogistique. Trotter prétend que le mercure doux ne convient pas dans l'hépatite produite par l'usage immodéré du vin et l'abus des liqueurs fortes; dans les autres cas, il pense que ce composé n'est utile qu'autant qu'il s'oppose à la constipation. Robert Thomas, qui dit avoir vu plusieurs fois le mercure employé avec succès contre le squirre du foie, déjà compliqué d'hydropisie, reconnaît pourtant que, si la désorganisation est profonde et étendue, le médicament devient nuisible. Ce n'est donc que pour prévenir la formation du

squirre, ou pour le dissoudre quand il est récent, que les praticiens anglais, qui raisonnent leur conduite, emploient le mercure ; ceci explique leurs prétendus succès : qui sait jamais positivement quand on a réellement prévenu la formation d'un squirre ? à quels signes certains reconnaître un squirre commençant? Lorsque l'on part d'un diagnostic erroné, il est aisé de croire à la puissance miraculeuse des médicamens. Si, en effet, les frictions mercurielles et le protochlorure de mercure à l'intérieur, jouissent de quelqu'efficacité dans l'hépatite, ce n'est donc pas dans l'hépatite aiguë. Quant à l'hépatite chronique, cette efficacité n'est point encore prouvée avec la méthode rigoureuse, la clarté parfaite, sans lesquelles la thérapeutique n'est qu'un ramas indigeste de rêveries tout à fait comparables aux contes de garde-malades. Nous nous sommes abstenus d'employer les frictions mercurielles dans l'hépatite aiguë ; nous les avons prescrites sans succès dans l'hépatite chronique ; le calomélas a provoqué des garde-robes, qui n'ont pas empêché les malades de finir par l'hydropisie. Au reste, comme l'expérience ne donne ses leçons que lentement, nous croyons devoir indiquer ici la manière suivant laquelle les Anglais dirigent cette méthode de traitement. On frictionne chaque soir la région du foie avec environ un gros d'onguent napolitain, jusqu'à ce qu'une légère salivation se déclare. Si la douleur ou tout autre accident empêche de faire les frictions sur cette région, on peut les faire aux aines, en ayant le soin de cesser également quand le ptyalisme commence. Tous les trois ou quatre jours on donne un sel neutre dissous dans une infusion de séné. Afin de hâter la salivation, on fait prendre des pilules dans lesquelles l'opium, le calomélas et le camphre entrent à parties égales, ou bien les pilules mercurielles de la pharmacopée de Londres, une ou deux chaque soir, à l'instant du coucher. Le traitement doit cesser dès que le mieux s'établit ; autrement il faut le continuer pendant cinq ou six semaines.

L'administration du calomélas et du jalap, avant que la douleur n'ait cessé, est encore une de ces pratiques dans lesquelles les Anglais ne font qu'imiter l'antique méthode de purger sans savoir pourquoi et le plus souvent possible. Il n'est pas nécessaire de recourir à l'émétique et au nitre pour provoquer la transpiration. Le quinquina n'a pas la propriété spécifique de favoriser la suppuration, d'en rendre la matière louable. Quel singulier mélange d'humorisme et de brownisme. Lorsqu'on réfléchit à la fréquente complication de l'hépatite avec la gastro-entérite, avec la gastro-duodénite, on se demande comment les malades supportent de tels médicamens ; mais au fait les supportent-ils ? Tous les succès des

Anglais en médecine sont des on dit qui ne se vérifient presque jamais quand leurs voisins essayent d'en obtenir de semblables; il ne faudrait pas en conclure qu'eux seuls dirigent habilement les méthodes thérapeutiques qu'ils recommandent, mais seulement qu'en raison de leur régime habituellement stimulant, les excitans produisent sur eux moins de désordres que sur d'autres habitans de l'Europe, ou qu'ils se font la plus étrange illusion sur les résultats de leur pratique. Remarquons qu'en général les Anglais ne savent pas marquer avec précision l'instant où les moyens dont ils prônent l'efficacité doivent être placés pour être avantageux.

Faire complétement cesser la douleur, tel doit être le principal but du médecin dans le traitement de l'hépatite aiguë; nous avons dit par quels moyens on y parvient; ces moyens dispensent de recourir à de prétendus spécifiques, car jamais induration, squirre, ni cancer, ne sont le résultat d'une inflammation traitée à temps par les antiphlogistiques.

Le seul moyen de prévenir la suppuration du foie, comme celle de tout autre viscère, est d'employer, avec l'énergie nécessaire, les saignées générales et locales. Si l'on considère que ce mode de terminaison n'est pas fréquent, on sera porté à croire que l'hépatite aiguë est ordinairement traitée d'après des principes assez sages. Nul doute que la suppuration ne fût encore plus rare, si, en même temps qu'on saigne et qu'on applique des sangsues, ou peu de temps après, on n'avait recours à des laxatifs, à des purgatifs, qui, s'ils ne rappellent pas toujours l'inflammation à sa première intensité, ne laissent pas de l'entretenir et de reculer le terme où elle doit cesser.

Il serait difficile d'indiquer, d'une manière positive, la conduite à tenir quand le pus irrite les viscères voisins du foie, et quand il se crée une voie dans l'un d'eux; ce passage ne peut avoir lieu qu'à la suite de l'inflammation des parties qui s'ouvrent pour qu'il s'accomplisse, et c'est seulement d'après les phénomènes de cette inflammation qu'on peut et qu'on doit agir.

Lorsqu'une tumeur se forme à l'hypocondre, et que la persistence des douleurs, les pulsations douloureuses, enfin la fluctuation, seul signe pathognomonique, annoncent que le pus tend à se porter hors de l'abdomen, à travers les parois de la région hypocondriaque, est-il sage de s'opposer à l'inflammation qui seule peut procurer l'adhérence des deux feuillets du péritoine, sans laquelle le pus peut s'épancher dans le bas-ventre et causer la mort? Il serait téméraire de prétendre établir théoriquement des préceptes sur ce point important qui est très-peu connu, et qui n'a pas été observé depuis que les maladies sont étudiées dans un meilleur esprit. *Voyez* FOIE.

L'hépatite chronique exige les mêmes moyens thérapeutiques que l'hépatite aiguë, c'est-à-dire les émissions sanguines, les fomentations émollientes, les rubéfians, un régime sévère, des boissons délayantes; à quoi les pathologistes ajoutent les purgatifs, les prétendus fondans de la lymphe et des obstructions, les amers et les eaux minérales de toutes espèces, principalement celles de Vichy en France, et de Bath en Angleterre.

La saignée générale n'est pas indiquée dans l'hépatite chronique, presque toujours peu étendue et sans réaction du cœur, si ce n'est par instans et dans quelques exacerbations passagères. L'application des sangsues doit être très-souvent répétée; il faut mieux en appliquer un petit nombre, et revenir à ce moyen, que de provoquer une trop grande déplétion; il faut alternativement les appliquer à l'anus et à l'hypocondre ou à l'épigastre, souvent à la fois dans ces différentes parties, quand les symptômes augmentent d'intensité. La crainte de voir survenir l'hydropisie ne doit point arrêter, car on tire peu de sang à la fois, et il n'est pas prouvé que des émissions sanguines abondantes aient jamais donné lieu à l'hydropisie. Ce n'est pas à l'aide d'une seule application de sangsues qu'on peut espérer de faire cesser la douleur dans l'hépatite chronique, mais bien par un grand nombre d'applications, éloignées de quatre à huit ou quinze jours, selon l'urgence.

Les cataplasmes et les fomentations chaudes sur la région hépatique, procurent un soulagement qui, bien que passager, n'en est pas moins désirable; quand les douleurs sont très-vives, il est utile d'y joindre du laudanum, ou de préparer les cataplasmes avec une forte décoction de têtes de pavot. Les demi-bains sont d'une grande utilité, plus encore que les bains; l'eau, le calorique et la stimulation exercée sur la peau par les particules salines ou sulfureuses, expliquent l'utilité dont sont quelquefois les eaux minérales, utilité exagérée par les médecins baigneurs.

Les emplâtres de Vigo et l'immense fatras d'emplâtres fondans de toute espèce, tous loués par les auteurs, ne produisent aucun résultat. Rien n'est remarquable comme l'obstination aveugle des vieux médecins à recommander des médicamens dont ils voient chaque jour l'inutilité; craignent-ils, en disant la vérité à leurs jeunes confrères, de les priver de la faculté d'éblouir les malades par les ressources du charlatanisme?

Les rubéfians les plus efficaces sont les vésicatoires volans appliqués sur le lieu correspondant à la partie malade et autour d'elle. Lorsque la douleur s'exaspère le moins du monde sous leur influence, il faut cesser d'en faire usage.

Le régime est de la plus haute importance. En vain on mettrait en usage les émissions sanguines locales, les applications émollientes de toute espèce et les rubéfians, si, en même temps, on permettait au malade de s'abandonner à ses goûts, qui, presque toujours, sont en opposition avec la nature de son mal. Lors même que l'estomac ne paraît nullement affecté, et que les symptômes de l'hépatite sont peu menaçans, il faut recommander de prendre peu d'alimens, de ne manger et de ne boire rien qui stimule vivement l'estomac ou le duodénum; la diète sévère est de rigueur, dans les exacerbations de la maladie, et plus encore quand le vomissement vient s'y joindre; mais déjà elle n'est presque plus susceptible de guérison, et l'on n'a plus en vue que de retarder la catastrophe.

Les boissons doivent être variées autant qu'on le peut, et d'après le goût, tantôt douceâtre, tantôt amer, tantôt acide, du malade; lorsque la soif et l'oppression augmentent, l'ascite ne tarde pas à se manifester, et l'on éprouve les plus grandes difficultés à satisfaire une soif que le plus déterminé partisan de l'autocratie de la nature médicatrice n'oserait indiquer comme un signe de ses efforts conservateurs.

Les personnes qui ont des obstructions au foie, c'est-à-dire celles chez lesquelles l'hépatite chronique donne lieu à la manifestation d'une tumeur à l'hypocondre, sont, tantôt dans l'abattement, la prostration, tantôt dans un état de fièvre et d'agitation; le pouls est petit et lent dans le premier, vite et fort dans le second. Ces deux états alternent, jusqu'à ce que le dernier devienne permanent, en se combinant avec l'autre, c'est-à-dire que le pouls a de la vitesse et de la fréquence, en même temps que les forces musculaires sont presque nulles. De là on a conclu la nécessité des amers, à titre de fortifians: le résultat de ces moyens est, pour l'ordinaire, une gastrite, ou l'exaspération de celle qui existait, et la maladie fait de plus rapides progrès. Si d'abord il y a une amélioration passagère, elle s'évanouit si vite, que l'on a toujours à se reprocher d'avoir risqué de compromettre l'estomac, en admettant qu'il ne le fût pas déjà.

On peut considérer comme des effets d'une hépatite occulte, sans douleurs ou avec des douleurs très-faibles, la tuméfaction du foie qui a lieu à la suite des fièvres intermittentes, c'est-à-dire des irritations abdominales intermittentes, ayant pour résultat un gonflement progressif de ce viscère. Lorsque dans l'origine le foie n'était pas malade, lorsque l'accroissement de volume s'est formé sous l'influence de la gastro-duodénite intermittente, il ne faut négliger ni sangsues, ni quinquina, pour faire cesser celle-ci, afin qu'elle n'entretienne pas l'hépatite,

qu'elle ne la fasse pas s'accroître, et que celle-ci puisse cesser, n'étant plus sollicitée; mais, dès qu'on a obtenu la disparition des accès, l'usage du quinquina doit être abandonné; il ne pourrait que nuire, en entretenant une nouvelle irritation dans le duodénum. Lorsqu'on a lieu de présumer que dès l'origine le foie était irrité, tandis que l'estomac l'était fort peu ou point, c'est sur le gros intestin seul qu'on doit tenter l'action du quinquina : il serait nuisible dans l'estomac; on le donne alors en lavemens à haute dose. Par conséquent, dès que les accès fébriles ont cessé, il reste à traiter plus directement l'hépatite, d'après les principes indiqués plus haut.

Les eaux minérales purgatives, recommandées dans l'hépatite chronique, sont ordinairement très-dangereuses, après avoir été utiles pendant un temps très-court; il importe donc, quand on y a recours, de ne les prescrire que de temps à autre, ayant soin de s'arrêter avant qu'elles ne produisent la diarrhée.

S'il peut être utile de provoquer des garde-robes dans la maladie qui nous occupe, ce n'est, ni à l'aide du calomélas, ni à l'aide de l'aloës, comme on ne le fait que trop souvent, mais bien au moyen de lavemens salins, convenablement composés selon l'irritabilité du sujet. Ne suffit-il pas, lorsqu'on veut exciter la sécrétion de la bile, sans irriter le foie, de solliciter les intestins à se vider plus souvent qu'ils ne sont disposés à le faire. Et d'ailleurs quel avantage y a-t-il à procurer des garde-robes abondantes? ne voyons-nous pas chaque jour les malades, sous l'empire des purgatifs, périr hydropiques à la suite d'hépatites chroniques?

Les voyages, principalement sur mer, le passage d'un pays chaud dans un pays plus froid, ont été souvent conseillés; mais il est difficile qu'un malade s'y abandonne sans que son régime n'en souffre beaucoup, et c'est là un grand inconvénient, surtout pour ceux dont les viscères de la digestion sont affectés. Si ces moyens sont utiles dans les cas où il y a hépatite chronique, mais non pas encore dégénérescence, qu'espérer dans celui où l'on a lieu de craindre la formation du tissu squirreux? C'est là le cas de répéter, avec Corvisart : *hæres lethalis arundo*. Les voyages en pareille circonstance ne sont utiles qu'au médecin, qui se trouve alors débarrassé des lamentations d'un malade incurable. Nous ne voulons pas dire que les dégénérescences du foie soient nécessairement incurables, cela n'est vrai peut-être d'aucune dégénérescence organique, mais nous voulons inculquer ce principe, que ce n'est, ni par l'emploi des toniques, ni par des déplacemens, qu'on arrête les progrès d'une pareille maladie; il est bon cependant que le sujet habite un lieu sec et où règne seulement une température moyenne, mais ce sont là des conditions nécessaires au ré-

tablissement de tous les malades, quelles que soient leurs affections.

Sous le nom de *fièvre pernicieuse hépatique sanglante* ou *atrabilaire*, on décrit une variété de la gastro-entérite intermittente, caractérisée par des selles abondantes et réitérées de matières semblables à de la lavure de chair, à du sang noirâtre, liquide, coagulé en totalité ou en partie, avec faiblesse extrême, pouls faible et petit, extinction de voix, refroidissement de la périphérie et surtout des extrémités, prostration excessive, syncope au moindre mouvement. Nous ne sommes plus au temps où l'on faisait provenir du foie les matières rendues dans cette maladie. *Voyez* CHOLERA *intermittent*.

HÉPATO-ARACHNOIDITE, s. f., *hepato-arachnoiditis*; inflammation du foie, qui produit sympathiquement celle de l'arachnoïde.

HÉPATOCÈLE, s. f., *hepatocèle*; hernie du foie. Solidement attaché au fond de l'hypocondre droit, le foie n'est pas susceptible de sortir entièrement de la cavité abdominale, et l'on n'a observé que des saillies formées par quelques-unes de ses parties. C'est ainsi que, chez les enfans nouveau-nés, il n'est pas rare de trouver la partie gauche de cet organe engagée entre les muscles droits, lorsque la portion supérieure de la ligne blanche est très-affaiblie, ou manque entièrement. Chez les sujets adultes, on a vu le foie, privé de soutien, s'allonger en quelque sorte, et parvenir, avec les intestins ou l'estomac, dans les grandes éventrations ou dans les exomphales très-volumineuses. Les transpositions viscérales sont assez fréquemment accompagnées de la saillie de quelques organes, et spécialement de celle du foie, qui soulève alors l'hypocondre droit. Enfin, les hépatocèles sont presque toujours le résultat de l'engorgement, de l'accroissement de volume, ou d'autres lésions analogues de l'organe sécréteur de la bile, qui refoule alors le diaphragme, en même temps qu'il soulève la paroi abdominale, et forme, dans l'hypocondre, des tumeurs plus ou moins irrégulières. L'hépatocèle qui dépend du relâchement de la ligne blanche ou de l'extrême dilatation de l'ombilic, réclame, comme toutes les hernies, l'application d'un bandage qui soutienne le viscère et le replace graduellement dans sa situation normale. Dans les cas plus nombreux où la tumeur est occasionée par une profonde altération dans la texture du foie, le praticien doit recourir aux médications appropriées à l'état du malade : elles seules peuvent, en dissipant l'engorgement de l'organe, le faire rentrer dans ses limites. Les moyens contentifs extérieurs seraient alors plus nuisibles qu'utiles, à moins que le volume extrême de l'hépatocèle et la gêne apportée dans l'action des viscères digestifs n'exigeassent

l'emploi d'une ceinture ou d'un bandage de corps destinés à soutenir les parties. *Voyez* ÉVENTRATION, EXOMPHALE, FOIE.

HÉPATO-CÉPHALITE, s. f., *hepato-cephalitis;* inflammation du foie qui produit sympathiquement celle des parties contenues dans le crâne.

HÉPATO-CYSTIQUE, adj.; épithète imposée à des vaisseaux destinés à conduire directement la bile du foie dans la cholécyste, et qui existent quelquefois chez l'homme, mais par l'effet seulement d'une anormalie assez rare.

HÉPATO-ENCÉPHALITE, s. f., *hepato-encephalitis;* inflammation du foie qui produit sympathiquement celle de l'encéphale.

HÉPATO-GASTRITE, s. f., *hepato-gastritis;* inflammation du foie qui s'étend jusqu'à l'estomac. *Voyez* HÉPATITE.

HÉPATOMPHALE, s. f., *hepatomphalium;* hernie du foie à travers l'ombilic.

HERBE, s. f., *herba;* plante annuelle, bisannuelle, ou vivace, qui perd, en hiver, sa tige, dont la consistance, plus ou moins tendre, n'approche jamais de celle des végétaux ligneux.

Quelques botanistes ont fondé leurs systèmes sur la division des plantes en arbres et en herbes. Ce mode de classification n'est plus adopté depuis que l'on apprécie l'importance du grand principe de la subordination des caractères, et qu'on connaît mieux leur degré relatif d'importance.

La dénomination d'*herbes* n'est plus usitée aujourd'hui que dans le langage populaire, où elle est à peu près synonyme du mot *simples*. Les médecins, qui n'ont que trop d'occasions d'adopter les locutions vulgaires, se sont aussi servi, et se servent même encore quelquefois, de ce terme, comme d'une expression générique désignant une plante quelconque, dont l'espèce est ensuite indiquée par un ou plusieurs mots, assez ordinairement relatifs à ses qualités vraies ou supposées. C'est ainsi qu'on a appelé la dentelaire d'Europe, *herbe au cancer;* la lysimachie nummulaire, *herbe aux cent maux*, parce qu'on la croyait propre à guérir un grand nombre de maladies; l'herniole, *herbe aux chancres* ou *aux hernies*; la joubarbe, *herbe aux cors*; la millefeuille, *herbe aux coupures*, etc. Ces dénominations impropres doivent être bannies maintenant de la langue épurée de la médecine, comme de celle de la botanique; on ne les retrouve plus, il est vrai, que dans la bouche des herboristes, de certains pharmaciens, et de quelques médecins auxquels un sot et ridicule orgueil fait croire qu'il est honorable de ne pas marcher avec son siècle, et de préférer les ténèbres à la lumière.

HERBIER, s. m., *herbarium;* collection de plantes entières, ou de parties de plantes desséchées, qu'on conserve entre des feuilles de papier.

Tous les médecins sont d'accord aujourd'hui sur la nécessité absolue d'étudier la botanique pour tous ceux qui se destinent à l'art de guérir, et, si la connaissance des végétaux est moins répandue parmi eux qu'on ne devrait s'y attendre, d'après l'opinion si généralement et si hautement prononcée qu'on a de son importance, il faut s'en prendre au mode vicieux d'enseignement qu'on suit dans les écoles, ainsi qu'au temps beaucoup trop court assigné aux études.

Chaque médecin devrait se faire un herbier des végétaux qui croissent dans la contrée où il habite. Cette collection serait précieuse pour lui, en lui procurant une connaissance parfaite des plantes usuelles qu'il prescrit tous les jours, et lui épargnant l'embarras où il se trouve si souvent lorsqu'on le questionne sur le nom de celles qui se rencontrent même à chaque instant sous ses pas. A la vérité, les végétaux sont nécessairement altérés dans un herbier; leurs parties sont comprimées et aplaties; leurs fleurs n'exhalent plus d'odeur, et, souvent, elles sont tout à fait décolorées; mais la facilité qu'offre l'herbier de voir les plantes en tous temps, et de pouvoir examiner à la fois celles qui croissent en des saisons différentes, compense bien ces inconvéniens.

HERBIVORE, adj., *herbivorus;* épithète donnée aux animaux qui vivent de substances végétales.

Les animaux herbivores sont moins développés, et l'on peut dire moins perfectionnés que les carnivores. La nécessité d'un vaste canal alimentaire pour contenir une grande masse de végétaux, dans lesquels ils ne trouvent qu'une nourriture peu substantielle, ayant besoin d'une longue et laborieuse élaboration, les fait vivre presqu'entièrement sous l'empire de l'estomac, qu'on peut considérer en quelque sorte chez eux comme le roi des viscères, tandis que la prééminence appartient incontestablement au cerveau chez les carnivores.

L'homme n'est ni carnivore ni herbivore. Son régime embrasse les substances animales et les substances végétales, dont les proportions respectives varient suivant l'influence des climats. Une nourriture toute végétale ne peut lui convenir que sous un ciel ardent, où la violence du stimulus appliqué à la peau rend moins nécessaire l'application de stimulans analogues à la surface gastrique.

HERBORISATION, s. f.; *herbarum inquisitio;* excursion dans les campagnes, dont le but est de recueillir les plantes qui y croissent spontanément.

Si l'élève en médecine doit de toute nécessité étudier la botanique, qui fait la base de la matière médicale, il ne peut non plus se dispenser de faire des herborisations. Ce n'est qu'en voyant des plantes sur le terrain natal, qu'il pourra bien les connaître, c'est-à-dire se former une idée juste de leur port, de leur aspect et de leurs qualités physiques. Les notions procurées par les sens, surtout quand elles ont coûté quelque peine à acquérir, sont celles qui se gravent le mieux dans l'esprit, et que le temps efface le plus difficilement. Appelé par sa destination à observer sans cesse la nature, l'élève ne peut mieux débuter qu'en exerçant ses sens et son esprit sur les produits de l'exercice normal des lois naturelles : c'est une excellente introduction à l'étude des aberrations de ces mêmes lois.

HERBORISTE, s. m.; *herbarius;* marchand qui vend des plantes fraîches ou sèches, pour l'usage de la médecine.

Les objets les plus importans à la sûreté et à la salubrité publiques sont précisément ceux qu'on néglige le plus, ou dans lesquels on apporte le plus tard les réformes commandées par la raison et la nécessité. Quoi de plus extraordinaire, en effet, que de voir la profession des herboristes exister dans les seules grandes villes, c'est-à-dire là précisément où elle devrait être le moins tolérée, puisqu'elle n'est qu'un démembrement de celle du pharmacien? Si cette profession ne faisait que restreindre le domaine de la pharmacie, peu importerait à la société; mais les herboristes sont, en général, si peu capables, malgré l'espèce d'examen probatoire qu'on leur fait subir avant de leur accorder le droit de s'établir, qu'on doit toujours craindre les bévues les plus dangereuses de leur part, et que les visites, presque dérisoires, auxquelles ils sont soumis régulièrement, ne sont nullement propres à rassurer sur les résultats de leur peu d'instruction. Ils présentent d'ailleurs un autre inconvénient non moins grave, celui d'ajouter au nombre de ces guérisseurs officieux, auxquels le peuple s'adresse de préférence, dans des vues d'économie, et dont les conseils ne portent cependant pas moins atteinte à sa bourse qu'à sa santé.

Il serait temps que, dans l'intérêt général, on supprimât la profession d'herboriste, ou, du moins, qu'on ne permît à ces marchands que le débit en grand des herbes médicinales fraîches, la disposition des localités dans les grandes villes permettant rarement aux pharmaciens d'entretenir des jardins pour les faire croître sous leurs yeux. On pourra, sans doute, par des réglemens prohibitifs plus ou moins étendus, diminuer les graves inconvéniens qui sont attachés à la manière dont

cette professsion s'exerce aujourd'hui; mais ces moyens ne seront que de simples palliatifs : il en faut d'autres plus énergigiques pour couper le mal dans sa racine.

HÉRÉDITAIRE, adj., *hæreditarius*. Lorsqu'une personne vient à être atteinte d'une maladie dont ses parens ont été eux-mêmes affectés, soit fréquemment, soit une seule fois, mais à un haut degré d'intensité, si on a lieu de présumer que les conditions morbifiques externes n'ont pu la développer, ou ne l'ont pas développée seules, on lui donne le nom d'héréditaire. On suppose alors que le père ou la mère du sujet lui a transmis une condition organique qui en a favorisé ou provoqué seule le développement. Il est aisé de juger, d'après cela, qu'en pareil cas, ce n'est pas la maladie qui est héréditaire, mais bien la prédisposition constitutionnelle. La maladie n'est héréditaire, rigoureusement parlant, que quand l'enfant l'apporte en naissant. Cependant, il ne faut pas croire que toutes les maladies connées soient héréditaires, puisqu'il en est qui sont particulières au sujet qui s'en trouve affecté dès sa naissance. Il est souvent fort difficile de décider quand une maladie connée est héréditaire. Ainsi, que de discussions pour décider si les symptômes du mal vénérien qu'on remarque chez un enfant nouveau-né, ont préexisté à la naissance, ou si, l'enfant a contracté ce mal affreux en traversant les voies de la génération.

Est-il nécessaire que la maladie se déclare au même âge que celui du père ou de la mère, au moment où l'un ou l'autre en fut affecté, pour que la maladie soit réputée héréditaire? Il suffit d'y réfléchir un instant pour se convaincre que non, puisque les prédispositions héréditaires sont soumises, dans leur dévelopement, à l'influence des conditions extérieures. Si les maladies réputées héréditaires se manifestent généralement à peu près au même âge chez les divers sujets qui en sont affectés, c'est que, pour la plupart, ce sont des maladies qui se déclarent naturellement à un certain âge plutôt qu'à un autre, comme la phthisie pulmonaire, la goutte, l'apoplexie. Il s'en faut cependant qu'il y ait à cet égard une grande régularité; ainsi l'on voit le fils d'une femme phthisique, morte à trente ans, le devenir à quinze, et mourir en peu de mois; le fils d'un père goutteux à cinquante ans, l'être à vingt-cinq ans, et mourir à trente; le fils d'un apoplectique à quatre-vingts, être frappé d'apoplexie à quarante. On voit aussi des personnes chez lesquelles s'observent tous les signes d'une prédisposition *héréditaire* aux maladies de leurs parens, n'en jamais être affectées.

L'allaitement par une nourrice autre que la mère peut-il donner lieu à des maladies, et quand ces maladies ont lieu,

peut-on les considérer comme héréditaires? Quoi qu'il en soit de ce fait, qui sera examiné quand nous parlerons du lait et de la lactation, à moins de confondre tous les termes on ne peut donner à de pareilles maladies le nom d'héréditaires.

Mais une question plus importante est de savoir si, lors même que la constitution d'un sujet semble annoncer qu'il est disposé à être affecté, ou même à périr de la maladie qui a fait succomber son père ou sa mère, et lorsque ce fatal pronostic se vérifie, on est en droit de dire que, chez ce sujet, la maladie a été héréditaire, et qu'il était prédestiné à en devenir la victime. Nous ne répéterons pas ici que la maladie elle-même n'a pas été, à proprement parler, héréditaire ; mais il est évident que cette prédestination fatale n'a lieu que très-rarement. Si l'on ne peut nier qu'une condition organique vicieuse puisse se transmettre par la voie de la génération, puisque l'on observe évidemment la transmission de la forme remarquable d'une partie du corps, celle d'une répugnance, d'un penchant, d'une disposition intellectuelle ou morale, bonne ou mauvaise, la rareté de cette transmission bien manifeste, la fréquence des cas où elle est très-peu marquée, conduisent non moins directement à en conclure que les conditions organiques morbifiques transmissibles ne sont pas souvent destinées à éclore nécessairement, malgré les circonstances les plus défavorables. C'est ce fatalisme que Broussais a attaqué, dans ces derniers temps, avec une grande supériorité; mais s'il est consolant de croire que l'on peut souvent arrêter d'aussi fâcheuses prédispositions, il y aurait de l'incouséquence à penser que, dans la moitié même de toutes les circonstances, on puisse constamment les neutraliser.

Tout porte à croire, au reste, qu'il n'y a pas, à proprement parler, de prédisposition nécessaire et inévitable à telle maladie, la phthisie pulmonaire, par exemple, mais que l'on naît avec un poumon disposé aux inflammations, et que, suivant les circonstances, le résultat morbide des conditions extérieures est une bronchite, une pneumonie, une pleurésie, ou une pleuropneumonie aiguë ou chronique, avec suites plus ou moins fâcheuses, selon la conduite du sujet et du médecin, car les médecins ne contribuent pas peu, dans beaucoup de cas, à la production des maladies dites héréditaires. Nous avons sous les yeux en ce moment un enfant qui va périr victime d'une pleurésie chronique, qu'il a contractée sous l'empire des bains froids, pris d'après le conseil d'un médecin qui a terminé les jours de la mère, il y a quelques années, par le même moyen.

Trop souvent on a mis au nombre des maladies héréditaires celles qui ne se manifestent chez une série de pères et d'enfans, même à un âge analogue, que parce que les uns et les

autres ont été placés sous les mêmes influences de nourriture, d'atmosphère, etc.; tel est le goître.

En quoi consiste l'absence des prédispositions héréditaires? On l'ignore. Tout ce que nous savons, c'est qu'on naît avec un organe naturellement plus ou moins irritable que les autres, et que cet excès ou ce défaut d'irritabilité, ou, si l'on veut, de vitalité, abrège souvent la vie du sujet, pour peu que les circonstances extérieures y ajoutent leur influence. On peut croire qu'il y a, en outre, des conditions matérielles concomitantes, mais que sont-elles? On l'ignore. Il est aisé de dire que, chez les uns, la fibre est plus rigide, plus sèche, chez les autres, plus molle, plus humide; mais cela ne conduit à rien, sinon introduire des hypothèses dans le domaine de la science. On sait seulement, par exemple, que quelques enfans viennent au monde avec des tubercules dans le poumon: voilà une maladie positivement héréditaire; nous y croyons si l'on veut, quoique nous ne l'ayons jamais vue. On dit encore que les poitrines étroites sont une condition cruellement favorable au développement de la phthisie; mais chez les uns il y a hydrothorax, chez les autres seulement bronchite chronique, chez d'autres, anévrismes du cœur ou des gros vaisseaux; ce ne serait donc qu'une prédisposition à l'une ou l'autre de ces maladies du thorax. Il y a encore l'hypertrophie congéniale du cœur qui nous a paru être assez souvent héréditaire. Au reste, on en sait fort peu sur tout cela, parce que, quel que soit le zèle des médecins de nos jours pour l'anatomie, les ouvertures de cadavres sont encore trop négligées. Quand aurons-nous une collection d'observations faites sur les enfans du premier âge, aussi nombreuse que celle de Morgagni sur les adultes?

Est-ce de la mère, plutôt que du père, que proviennent les prédispositions morbifiques héréditaires? De l'une et de l'autre presqu'également, puisqu'il est réellement très-fréquent de trouver dans une famille une analogie frappante entre la constitution des filles et celle du père, entre la constitution des garçons et celle de la mère, ou d'autres fois les rapports inverses.

Lorsque la physiologie et la pathologie étaient humorales, on attribuait la plupart des maladies réputées héréditaires à une altération des humeurs, transmise des parens aux enfans, mais non à la totalité de ces maladies, comme on l'a avancé, pour avoir le plaisir de s'élever avec plus d'amertume contre les erreurs de l'antiquité. Ce qu'il y a de vrai, c'est qu'on ignore en quoi consistent les altérations des humeurs, si elles existent, et que, par conséquent, on ignore si elles se transmettent par voie d'hérédité.

La variole et la rougeole parmi les maladies aiguës, la syphylis, les scrofules, les dartres, l'épilepsie, la phthisie, l'hémoptysie, la manie, la mélancolie, les affections hystériques et hypocondriaques, la goutte, le rhumatisme, la gravelle et les calculs urinaires, l'apoplexie et la paralysie, les squirres, les cancers et les maladies organiques du cœur, parmi les maladies chroniques, sont, dit un médecin de nos jours, les affections que l'on voit le plus communément d'une génération à l'autre. Nous allons discuter en peu de mots les titres de ces maladies à l'hérédité. Il est faux que la variole soit héréditaire, car une personne vaccinée donne le jour à un enfant qui a ensuite la petite vérole. Rien n'est plus commun que des pères qui ont eu la rougeole sans que leurs enfans en aient été affectés, rien de plus commun que le contraire. Si la syphilis est héréditaire, qu'on nous dise pourquoi elle ne se développe jamais spontanément à l'âge de puberté chez les enfans des parens qui en ont été affectés. Les scrofules ne sont point héréditaires, mais seulement la prédisposition lymphatique ; à dire vrai, c'est la plus commune peut-être, et la plus prononcée. Les dartres dépendent de cette même prédisposition, et non d'une cause spécifique. L'épilepsie, que nous avons eu occasion d'observer un nombre immense de fois, n'était point héréditaire dans le plus grand nombre des cas ; il suffit d'une prédisposition à toute espèce d'irritation du système nerveux locomoteur, pour que cette maladie se développe chez un sujet dont les parens n'en étaient pas affectés.

Si l'on poursuivait ainsi l'examen de toutes les maladies réputées héréditaires, on trouverait, pour toutes, une simple irritabilité excessive de tel ou tel organe, une prédominance plus marquée de tel ou tel système, de tel ou tel appareil, et l'on verrait ainsi tomber l'échafaudage de raisonnemens par lesquels on a voulu établir que la spécificité des prédispositions morbifiques et l'hérédité des maladies démontreut la spécificité de ces dernières.

Dire que l'hérédité de telle ou telle maladie dépend de l'excès d'irritabilité d'un organe, ce n'est pas nier l'hérédité de certains modes de structure, car la vitalité est irrémédiablement liée à l'organisation, sans que l'on puisse dire que l'une dépende de l'autre ; nous ne reconnaissons pas de modifications de l'excitabilité sans modifications de l'organisme, et point de modifications de celui-ci sans modifications de celle-là ; ne s'agit-il pas toujours des organes, considérés tantôt dans leur structure, tantôt dans leur action?

Il est si vrai que l'hérédité des maladies ne peut être conçue dans le sens absolu que l'on donne à ce mot, qu'on est obligé de reconnaître que certaines maladies ne se manifestent

que dans l'enfance, tandis que d'autres sont l'apanage de la jeunesse, d'autres de l'âge adulte, d'autres enfin de la vieillesse. Qu'est-ce donc que ce prétendu germe, dont l'existence est si précaire, et qu'importe son existence, impossible à prouver, si sa manifestation dépend d'une foule de circonstances qui seules font éclore le mal dont on prétend que ce germe est la source fatale?

Étudier avec soin la conformation de chaque organe chez les enfans et les jeunes sujets, observer l'action de chacun de ces organes, stimuler les uns, ralentir le jeu trop actif des autres, répartir, autant qu'il est possible, dans de plus justes proportions, et les matériaux nutritifs et l'activité fonctionnelle, par un usage bien entendu des moyens hygiéniques le plus ordinairement, de la pharmacie, de la chirurgie et de l'orthopédie quelquefois; tels sont les principes qui doivent diriger dans la prophylaxie des maladies réputées héréditaires, quelqu'opinion qu'on adopte d'ailleurs sur leur origine.

Lorsque, malgré une éducation médicale bien dirigée, ou par de fausses précautions, les conditions morbifiques au milieu desquelles nous vivons ont amené les prédispositions morbides au degré de maladie, on a d'autant moins d'espoir de réussir, que la maladie n'est pas héréditaire, mais qu'elle a été, pour ainsi dire, préparée de longue main, et qu'elle a été chronique long-temps avant que d'être aiguë, ou même de se manifester. C'est pour n'avoir point assez étudié la période obscure des maladies dites héréditaires, qu'on s'est imaginé qu'elles se manifestaient subitement, et sans causes appréciables, à l'âge fatal marqué par la Parque.

Lorsqu'on est appelé pour traiter une maladie qu'on dit être héréditaire, quelque redoutable qu'elle puisse être, gardez-vous d'en conclure de suite qu'elle est incurable; ce désespoir du succès a causé la mort de plus d'un malade; n'oublions pas que si le pronostic est éclairé par les signes commémoratifs, il ne devient positif que quand les organes lésés donnent des signes non équivoques et directs du degré de leur affection.

HERMAPHRODISME, s. m., *hermaphrodismus*, *hermaphrodisia*, *fabrica androgyna;* réunion, dans le même individu, des attributs propres aux deux sexes. On donne le nom d'*hermaphrodites* ou d'*androgynes* aux sujets qui présentent cette disposition.

La réunion des sexes dans le même individu est un phénomène très-ordinaire parmi les plantes, qui sont toutes hermaphrodites, à l'exception d'un petit nombre, celles du moins chez lesquelles on a pu constater l'existence des organes sexuels. Mais l'hermaphrodisme est plus rare dans le règne animal; cependant on l'y rencontre assez fréquemment aussi, et il y

offre même des dispositions plus variées et plus singulières. Ainsi, certains animaux, tels que les mollusques à coquille bivalve, se suffisent entièrement, et se fécondent eux-mêmes à l'époque du frai; d'autres, comme beaucoup de mollusques nus et à coquilles univalves, réunissent bien les deux sexes dans le même individu, mais ne peuvent se féconder eux-mêmes; chaque individu a besoin du concours d'un semblable, et, dans l'acte de la copulation, les deux êtres donnent et reçoivent mutuellement. Il paraît y avoir quelquefois des hermaphrodites parmi les poissons; le fait est au moins certain pour le merlan, et si commun chez ce poisson, que le peuple lui-même en est instruit. Mais au-dessus de la classe des poissons, on ne trouve plus d'androgynes, si ce n'est par l'effet d'une anormalie, d'un vice primitif de conformation.

Chez les animaux supérieurs aux poissons, la signification du mot androgyne n'est plus tout à fait la même, car ce terme ne désigne plus la réunion des deux sexes, mais seulement un mélange, soit apparent, soit plus ou moins réel et distinct, des attributs, relatifs à la génération, que la nature a départis à chacun d'eux. Il paraît effectivement qu'aucun des hermaphrodites qu'on a examinés jusqu'à ce jour, n'a présenté un assemblage complet des parties génitales masculines et féminines, et, quel que soit le sexe prédominant, l'un ou l'autre, souvent même tous les deux étaient trop incomplétement développés pour pouvoir remplir leur rôle. Cependant on s'est trop empressé de conclure de là qu'un hermaphrodisme parfait ne saurait jamais se rencontrer chez les mammifères, et particulièrement chez l'homme, et surtout d'ajouter, comme l'a fait Haller, que la possibilité d'un pareil phénomène est inconciliable avec la disposition du bassin de ces animaux, dont on prétend que l'espace qu'il borne ne pourrait loger l'appareil génital bien développé des deux sexes. Nous reviendrons plus bas sur ce point, qui mérite de nous arrêter. L'histoire de l'androgynie est encore très-obscure, mais la confusion qui y règne tient moins aux difficultés du sujet qu'à la manière dont on l'a envisagée. Ainsi, presque tous les auteurs sont partis de l'idée que les individus désignés sous le nom d'hermaphrodites, appartenaient à l'un ou à l'autre sexe, offrant seulement une irrégularité, un vice de conformation dans son appareil générateur. Osiander les croyait presque tous mâles, tandis que Parsons et Hill les supposaient, au contraire, presque tous femelles. Quelques-uns se sont vus néanmoins forcés d'avouer qu'on rencontre aussi des êtres sans sexe bien déterminé, et qu'on ne peut considérer ni comme femelles, ni comme mâles, ce qui les a déterminé à introduires, dans la science, le terme d'*hermaphrodisme neutre*, que, par politesse,

nous qualifierons seulement de bizarre. On serait arrivé à une théorie plus exacte si l'on eût su choisir le véritable point de départ, c'est-à-dire si l'on fût remonté jusqu'à la notion générale du sexe. On aurait reconnu alors que les deux sexes naissent d'une seule et même forme originelle, qu'il y a d'abord unité parfaite entre eux, et que les différences qui les distinguent avec le temps, sont le résultat des progrès de l'accroissement: c'est ce que démontre déjà l'analogie frappante qui existe entre eux, et sur laquelle nous insisterons ailleurs (*Voyez* SEXE). Ce fait établi, et il est incontestable, les lois générales de toutes les monstruosités s'y appliquent, c'est-à-dire que les organes génitaux peuvent demeurer stationnaires à tous les degrés de leur développement successif, et que cette stase de croissance peut s'accompagner, soit de l'état normal de toutes les parties du corps, soit d'une anormalie correspondante dans ces mêmes parties.

Le premier degré d'androgynie est ce qu'on a appelé l'*hermaphrodisme neutre*, ayant pour caractère l'absence de sexe prononcé. Cet état paraît être plus commun qu'on ne pense: les individus qui le présentent, n'ont ni l'extérieur de l'homme, ni celui de la femme, et, si l'on voit les goûts de l'un ou de l'autre sexe prédominer légèrement en eux, c'est presque par l'effet des circonstances extérieures, à l'influence desquelles ils se trouvent soumis, telles que le genre de vie, les occupations et la nature des affections morales. On a prétendu que ces sortes de monstres étaient destinés primitivement à appartenir au sexe masculin, et que la difformité qu'on remarque en eux n'est autre chose que le résultat de l'atrophie ou de l'absence des testicules, circonstance à laquelle se joint souvent un défaut de développement de la verge. Il se peut, sans doute, que cela soit ainsi dans un certain nombre de cas; mais la règle devient fausse quand on veut trop la généraliser, ou plutôt quand on veut l'établir sur quelques faits seulement, sans embrasser l'universalité de ceux qui rentrent dans la même catégorie. Le degré de monstruosité qu'on a désigné sous le nom d'hermaphrodisme neutre comprend tous les vices de conformation, locaux et généraux, qui dépendent d'un retardement de développement, non-seulement des organes mâles, mais encore des organes femelles, et même de tout organe sexuel quelconque. Il embrasse donc lui-même plusieurs gradations, et c'est à quoi les auteurs, perdus dans les spécialités et les individualités, n'ont pas fait assez d'attention.

Après ce premier degré, on doit placer les difformités qui rapprochent plus ou moins le sexe féminin du sexe masculin, puisque la forme primitive des organes génitaux, dans la série animale et dans le fœtus humain, est celle du premier de ces deux sexes. Ces difformités peuvent être relatives, soit à la

complexion générale seulement, soit à la configuration des parties elles-mêmes qui servent à la génération. Ainsi l'on voit des femmes qui ont un corps long et grêle, de longs membres et un long col, avec une peau âpre et dure, des cheveux courts, et la figure garnie de barbe. Ces êtres disgraciés, pour lesquels les Latins avaient consacré le terme de *virago*, ont en général les seins peu développés, aplatis et distans l'un de l'autre, un clitoris assez long, une matrice petite et dure, des ovaires peu volumineux; les règles ne paraissent jamais, ou coulent peu abondamment, et d'une manière fort irrégulière; la plupart du temps il y a stérilité, et même répugnance pour l'acte vénérien; la voix est forte, et se rapproche de celle de l'homme pour le timbre; les occupations douces et sédentaires du sexe féminin déplaisent presque toujours, et les travaux pénibles, les combinaisons de l'esprit obtiennent la préférence. Quant aux vices de conformation des organes génitaux qu'on doit placer dans cette seconde section, ce sont: l'étroitesse extrême ou l'atrésie complète du vagin, qui existe souvent sans autres difformités, mais qu'on a trouvée quelquefois, comme dans un cas cité par Renauldin, accompagnée du non-développement des mamelles, du défaut de menstruation, et de l'absence de tout désir vénérien; la procidence ou hernie des ovaires et des trompes de Fallope, qui paraît être fort rare, mais dont on connaît cependant quelques exemples; l'accroissement du volume du clitoris, qu'il est si commun de rencontrer, et qui présente tant de degrés, jusqu'à celui où ce corps acquiert un volume égal à celui du pénis; enfin la disposition telle du clitoris, que l'urètre, au lieu de s'ouvrir à sa base, en parcourt toute la longueur; un pareil état de choses, qui doit être fort rare, a été observé par Gallay, et rappelle ce qu'on trouve chez plusieurs mammifères. Il est assez peu ordinaire qu'on rencontre ces diverses monstruosités isolées, et, presque toujours, elles sont réunies plusieurs ensemble. C'est ainsi qu'on a vu l'étroitesse du vagin coïncider avec une longueur excessive du clitoris; la procidence des ovaires, la petitesse des seins et la grosseur du clitoris s'accompagner d'une barbe épaisse, et de longs poils garnissant les membres pelviens; la hernie des ovaires exister en même temps qu'une voix forte, une poitrine étroite et tous les caractères du sexe masculin jusqu'à la hauteur du bassin, etc. Ces complications contribuent à rapprocher davantage la femme de l'homme; elles peuvent altérer la physionomie de l'individu au point de faire que, dans l'impossibilité de recourir à la dissection des parties, on soit obligé, pour prononcer sur son sexe, d'attendre qu'il ait engendré ou conçu, et qu'en l'absence de ce seul signe caractéristique, on doive s'abstenir de porter aucun jugement.

Le troisième degré d'hermaphrodisme embrasse toutes les difformités qui rapprochent plus ou moins le sexe masculin de l'autre. Comme dans la section précédente, ces difformités sont tantôt bornées à la configuration du corps entier ou des organes génitaux, tantôt aussi étendues à l'une et aux autres. Les hommes qui se trouvent dans le premier de ces trois cas sont d'une petite stature et faibles : ils ont les membres délicats, la peau lisse et unie, le menton peu garni de barbe, la poitrine étroite, et en général beaucoup de tendance à l'obésité; on voit souvent la graisse s'accumuler chez eux à la région du pubis et des hanches; leurs organes génitaux sont peu développés, et ils éprouvent peu de désirs; leur voix est faible; les occupations sérieuses leur répugnent, et leurs goûts, leurs défauts même se rapprochent de ceux des femmes. Portée un peu plus loin encore, la fusion des formes propres aux deux sexes s'exprime aussi par des caractères plus précis, c'est-à-dire que les organes génitaux et leurs annexes offrent plus ou moins le type de ceux qu'on rencontre chez la femme. Ainsi l'on a vu un sein, ou les deux mamelles développés au point de devenir propres à sécréter du lait, l'organisation demeurant régulière dans le restant du corps; la verge perforée, et ressemblant ainsi au clitoris, difformité qui présente un grand nombre de degrés, depuis celui, constituant l'hypospadias, où l'urètre s'ouvre presqu'au bout du pénis, mais en dessous, jusqu'à celui où l'orifice de ce canal se trouve situé sous l'arc du pubis, c'est-à-dire dans l'endroit même où il est placé chez la femme; le scrotum fendu, sur la ligne médiane, en deux portions qui simulaient les grandes lèvres, et à la base desquelles il existe quelquefois aussi une cavité qui se prolonge, entre la vessie et le rectum, dans l'excavation du bassin, et où il n'est pas rare non plus que l'on voie s'ouvrir les orifices de la prostate et des canaux éjaculateurs; au milieu de l'état de choses précédent, la prostate peut se trouver convertie en un corps creux et semblable à la matrice, dont la présence s'accompagne quelquefois d'un accroissement marqué des dimensions du bassin; enfin la persistance des testicules à quelqu'un des degrés par lesquels ils passent dans le cours de leur développement successif, notamment la prolongation de leur séjour dans l'abdomen, dont on connaît un si grand nombre d'exemples. Toutes ces difformités peuvent se combiner ensemble de diverses manières, en sorte qu'on en rencontre un plus ou moins grand nombre à la fois. Plus elles sont nombreuses, plus l'individu se rapproche de la femme, par l'habitude extérieure de son corps; souvent même il n'a point de barbe, et son larynx ne se développe pas.

Un des cas les plus singuliers d'hermaphrodisme, c'est lors-

qu'un individu se trouve construit d'un côté du corps d'après le type du sexe masculin, et de l'autre, d'après celui du sexe féminin. Ce cas est rare chez l'homme, mais Verdier et Sue l'ont observé. On trouve alors dans l'abdomen, d'un côté un testicule et de l'autre un ovaire, qui communiquent tous deux avec l'intérieur de la matrice. L'individu décrit par Sue vécut jusqu'à l'âge de quatorze ans. Il serait à désirer qu'on trouvât d'autres cas de cette singulière anomalie, la seule qui mérite véritablement le nom d'androgynie.

Il ne nous reste plus, pour terminer l'histoire de l'hermaphrodisme, qu'à parler de la réunion d'un plus ou moins grand nombre d'organes génitaux des deux sexes dans le même individu. Toutes les objections qu'on a faites contre cette espèce de monstruosités, tombent devant l'évidence des faits qui en attestent la réalité. Que signifie celle, entr'autres, qu'on a tirée de l'étroitesse du bassin? Le bassin ne pourrait-il pas, [illegible] pareille circonstance, acquérir plus d'amplitude? Encore une fois, d'ailleurs, le fait est constant. Ainsi, Colombo a vu, chez un individu ayant l'apparence extérieure d'une femme, quatre canaux naître des ovaires, et aller s'ouvrir, deux d'entre eux dans la matrice, les deux autres dans le clitoris, qui était très-développé. Petit parle d'un homme, parfaitement bien conformé du reste, qui avait les testicules dans l'abdomen et une matrice : celle-ci s'ouvrait dans l'urètre, entre la vessie et la prostate; les testicules avaient leur épididyme garni, non-seulement d'un canal déférent, mais aussi d'une trompe de Fallope. Dans un article aussi général que celui-ci, nous ne pouvons décrire toutes les particularités dont les auteurs nous ont conservé les détails. Contentons-nous d'ajouter que l'on connaît des exemples de réunion plus complète encore des caractères, même extérieurs, qui sont propres aux deux sexes, et que c'est à tort qu'on a prétendu que de pareils individus ne pouvaient vivre, puisqu'on en a vu pousser leur carrière jusqu'au delà de vingt ans.

L'histoire de l'hermaphrodisme deviendra d'un haut intérêt pour la physiologie, lorsqu'on cessera de voir, dans les monstruosités de ce genre, des jeux ou des erreurs de la nature. Pour s'en former une idée juste, il faut étudier les organes génitaux dans toute la série du règne animal, et aux diverses époques de la vie du fœtus. Alors on pourra se convaincre qu'elles proviennent presque toutes d'un retardement de développement, et que toutes aussi, celles même qui consistent dans une véritable multiplication de parties, rappellent ce qui a lieu dans quelques-uns des groupes des animaux vertébrés.

HERMODACTE, s. f. Les pharmaciens désignent sous ce nom des tubérosités comprimées, qui nous viennent du Le-

vant, et qu'on décorait autrefois de propriétés purgatives et émétiques. Ces tubérosités ont une forme à peu près triangulaire : elles sont concaves et canaliculées d'un côté, bombées de l'autre. Leur couleur, jaunâtre en dehors, est blanche en dedans. Elles sont faciles à briser et à pulvériser. Leur texture est grenue et assez dense. Elles contiennent une grande quantité de fécule amilacée. Leur odeur est forte et nauséabonde, leur saveur presque nulle.

On ignore quelle est au juste la plante qui fournit cette racine, aujourd'hui presqu'abandonnée, mais qui entrait autrefois dans la composition de plusieurs électuaires. Il paraît cependant que c'est une liliacée.

L'*iris tuberosa* a aussi sa racine garnie de tubérosités disposées en forme de doigts autour du collet, et qu'on appelle *faux hermodactes*. Ces productions sont également riches en amidon.

HERNIAIRE, adj. *herniarius ;* qui a rapport aux hernies. On appelle *bandage herniaire* celui qui est destiné à contenir les hernies ; *chirurgien herniaire*, celui qui se consacre exclusivement à la cure des hernies et à la confection des brayers ; *sac herniaire*, l'enveloppe fournie aux organes herniés par la membrane séreuse qui tapisse la cavité dans laquelle ils se trouvaient enfermés avant leur déplacement.

HERNIE, s. f., *hernia ;* déplacement partiel ou total d'un organe intérieur, et passage de cet organe ou de quelqu'une de ses parties, de la cavité qui le renferme, soit dans une cavité nouvelle, soit à l'extérieur du corps.

Considérées d'une manière générale, et abstraction faite des parties qui les forment, ainsi que des régions qu'elles occupent, les hernies doivent être étudiées sous les divers rapports du mécanisme de leur développement, des effets qu'elles déterminent, et dans la cavité abandonnée par l'organe déplacé, et dans cet organe lui-même, et dans ses nouvelles enveloppes ; enfin, de la méthode générale de traitement qu'elles réclament.

Il est à remarquer, d'abord, que les trois grandes cavités splanchniques, à la circonférence desquelles apparaissent presque toutes les hernies, ont toujours leurs parois en contact immédiat avec les viscères qu'elles renferment, et que ces viscères eux-mêmes sont constamment pressés les uns contre les autres. Lorsque les organes contenus dans ces cavités ne sont susceptibles d'aucune variation considérable de volume, une boîte osseuse les enveloppe et les protège ; quand les viscères ont dû éprouver des alternatives régulières et déterminées de dilatation et d'affaissement, des parois élastiques, composées d'os, de cartilages et de muscles, ont, comme à la poitrine, facilité et borné ces mouvemens ; enfin, les parties, qui, par leurs

fonctions, doivent éprouver, soit des ampliations énormes, soit des réductions considérables et rapides dans leur volume, sont placées dans des cavités à parois musculeuses et aponévrotiques très-extensibles. Loin qu'il existe jamais aucun vide réel dans aucune des cavités de ces trois genres, l'action expansive intérieure des viscères, et l'immobilité ou la tendance des parois à se resserrer, établissent entre les parties contenantes et les organes contenus un antagonisme perpétuel d'action. Dans l'état normal, il existe un équilibre parfait entre la pression exercée par l'enceinte des cavités sur les viscères qu'elles renferment, et l'effort avec lequel ceux-ci tendent à se porter au dehors : cet équilibre s'oppose à tous les déplacemens, et favorise la facile exécution des fonctions. Si la cavité entière se dilate, les organes qui produisent cet effet augmentent de volume, mais aucune hernie n'est formée. Il en est de même lorsque les parties contenantes, affaiblies dans leur totalité, par des causes extérieures, ne peuvent plus résister au poids et à l'effort des viscères. Mais, que l'un des points de l'enceinte des cavités splanchniques soit affaibli ou divisé, que les ouvertures qu'elles offrent pour le passage des vaisseaux, des nerfs, des tendons ou des muscles se dilatent, on voit bientôt les organes intérieurs forcer ces endroits plus faibles, s'insinuer dans les plus petites divisions, et s'échapper en plus ou moins grande quantité. Les tumeurs qui se forment alors se développent, d'une part, à raison du simple déplacement de l'organe, de l'autre, par l'accroissement du volume de cet organe, qui devient le siége d'une nutrition plus active : ces deux circonstances concourent toujours à la production des hernies. Lorsque les parties sont très-mobiles, comme les intestins ou l'épiploon, le déplacement est presque la seule cause de la maladie ; quand les viscères sont plus solidement attachés, tels que la vessie, le foie ou le poumon, ils s'étendent plus au-dehors, qu'ils ne changent de situation ; enfin, le cerveau, et les autres organes fixés d'une manière inamovible, ne sont susceptibles que d'une sorte de végétation à travers les ouvertures placées près d'eux. Se filant en quelque sorte dans les orifices qui leur livrent passage, les viscères qui constituent les hernies s'épanouissent au-delà de ces ouvertures ; ils forment des tumeurs à base étroite, dont le corps est d'autant plus volumineux que les tissus environnans offrent moins de résistance, et que des forces plus considérable tendent à faire sortir de la cavité principale de nouvelles quantités de parties.

Ces changemens dans la situation des organes ne sauraient avoir lieu sans que leurs formes et leurs fonctions ne soient notablement altérées. Le contour de l'ouverture à travers laquelle se sont échappées les parties gêne la circulation dans

leurs tissus. Placés hors de leur cavité naturelle, soustraits à la pression constante à laquelle ils étaient habitués, soumis aux chocs extérieurs, et ne pouvant exécuter qu'avec peine les actions dont ils sont chargés, les viscères placés dans les hernies contractent aisément des irritations chroniques, susceptibles de les désorganiser, ou des inflammations aiguës toujours dangereuses. La compressiou de leurs pédicules détermine ou aggrave leur phlogose, et les fait aisément tomber en gangrène.

En sortant des cavités qui les renferment, les organes intérieurs passent dans des cavités nouvelles qu'ils se forment, ou apparaissent immédiatement au dehors. Dans le premier cas, ils poussent presque toujours devant eux une portion de la membrane séreuse qui les revêt eux-mêmes, et qui tapisse les parois du ventre, de la poitrine ou du crâne. Cette enveloppe immédiate constitue le sac herniaire, et participe ordinairement aux irritations des parties déplacées : des exsudations purulentes, séreuses ou membraniformes, des adhérences plus ou moins solides, des transformations celluleuses, fibreuses, cartilagineuses, et même osseuses, ont été les résultats variés de ces irritations. Enfin, adhérant par sa face externe aux parties voisines, le sac herniaire leur fait souvent partager ses maladies : les pressions exercées sur eux, la distension qu'ils éprouvent, l'état de gêne qui accompagne leurs mouvemens, sont autant de causes qui irritent les tissus au milieu desquels la hernie se développe, et qui augmentent ou diminuent leur épaisseur, leur densité, en modifiant leur organisation. Lorsque les parties s'échappent à travers des solutions de continuité récemment faites aux parois des cavités qui les renferment, elles sont soumises au contact de l'air. Si leur séjour au dehors se prolonge, leur surface s'enflamme, suppure et se couvre de bourgeons celluleux et vasculaires; elles contractent des adhérences avec toutes les parties qui les entourent, et se couvrent enfin d'une cicatrice mince et rougeâtre, qui se continue de toutes parts avec les tégumens.

Après avoir été privées pendant un temps assez long d'une partie considérable des organes qu'elles doivent contenir, les cavités splanchniques à parois mobiles deviennent impropres à les admettre de nouveau, lorsqu'on veut les faire brusquement rentrer. Cet effet a lieu, soit parce que l'enceinte de ces cavités revient sur elle-même, et perd de son étendue; soit à raison du développement plus considérable des parties qu'elles renferment encore, et qui occupent la place de celles qui constituent la hernie, soit, enfin, parce que les organes déplacés ont acquis un surcroît de volume plus ou moins considérable.

Les hernies sont en général faciles à reconnaître : la manière dont elles se sont formées, leur rentrée, d'abord facile-

ment produite par une pression modérée à leur surface, ou par la simple situation du sujet; l'absence de tous les symptômes qui distinguent les abcès, les collections sanguines ou les loupes; l'existence, au contraire, de phénomènes dépendans de la nature et des fonctions de l'organe déplacé, telles sont les circonstances qui contribuent le plus à éclairer le diagnostic.

Les hernies sont des maladies d'autant plus graves que les tumeurs qu'elles forment sont plus anciennes, plus volumineuses, plus difficiles à réduire et à contenir. Elles font courir d'autant plus de danger aux malades, qu'elles sont plus disposées à l'étranglement, que les parties qui les forment sont plus importantes à la vie, et que le sujet, plus faible et plus âgé, est moins capable de résister aux accidens qu'elles peuvent déterminer.

Le traitement général des hernies consiste dans la réduction des parties déplacées, et dans l'application, à l'ouverture qui leur a livré passage, d'un moyen mécanique propre à la fermer solidement, afin de prévenir le retour de la maladie. Lorsque la hernie ne peut être réduite, à raison, soit des adhérences qui retiennent les organes au dehors, soit du volume trop considérable qu'ils ont acquis, on doit soutenir la tumeur, et la comprimer doucement, afin de la faire graduellement rentrer, ou du moins de borner son accroissement ultérieur. Cette méthode est la seule qu'il soit permis de mettre en usage dans le cas où l'organe qui forme la hernie ne peut, ni rentrer dans sa cavité, ni supporter aucune pression considérable. L'étranglement exige, si les efforts de réduction, proportionnés à la délicatesse des parties, à la violence, ainsi qu'à la durée des accidens et aux dispositions du sujet, ne sont pas suivis de succès, que l'on divise les parois de la hernie, et que l'on débride l'ouverture qui comprime son pédicule. Cette opération, faite en temps opportun, n'est presque jamais dangereuse par elle-même; elle dissipe tous les accidens, et permet ordinairement de replacer les organes dans leur cavité. La guérison étant achevée, on s'oppose, au moyen d'un bandage bien fait, à la nouvelle apparition de la tumeur.

Telles sont les généralités les plus importantes que présente l'histoire des hernies. On a divisé ces maladies, d'après les organes qui les constituent, en hernie du cerveau, ou ENCÉPHALOCÈLE; hernie du poumon, ou PNEUMOCÈLE, et hernies abdominales. Indépendamment de ces hernies, l'IRIS, la LANGUE (*Voyez* GLOSSITE), certains MUSCLES, sont encore susceptibles de déplacemens auxquels on a donné le nom de hernies, et dont il est traité aux articles consacrés à ces organes.

HERNIES ABDOMINALES; maladies qui consistent dans la sortie, presque toujours partielle, d'un des viscères contenus dans le

ventre, à travers une ouverture normale ou anormale des parois de cette cavité.

Les hernies dont il est ici question diffèrent entre elles sous les divers rapports des régions de l'enceinte abdominale qui en sont le siége, des viscères qui les forment, de l'âge et du sexe des sujets qu'elles affectent, de leur ancienneté, et de la facilité ou de la difficulté avec laquelle on les réduit.

Toutes les parties de l'abdomen ne sont pas également susceptibles de livrer passage aux viscères que cette cavité renferme. Il suffit de considérer un instant la forme intérieure du bas-ventre, pour voir que sa paroi diaphragmatique, située en haut, et à l'abri de la pression continuelle exercée par les intestins; que sa paroi lombaire, fortifiée par de larges vertèbres, des muscles épais, et des feuillets aponévrotiques nombreux; que sa paroi pelvienne, occupée, chez l'homme, par le rectum et la vessie, auxquels s'ajoutent, chez la femme, la matrice et ses dépendances, et fermée par les replis que forme le péritoine entre ces organes, ainsi que par les muscles releveurs de l'anus, les aponévroses pelviennes, les corps caverneux et leurs dépendances; il suffit, disons-nous, de considérer ces diverses régions du bas-ventre, pour voir qu'elles ne sauraient que très-rarement et très-difficilement devenir le siége des hernies. La paroi abdominale antérieure présente, au contraire, les dispositions les plus favorables au développement de ces tumeurs. C'est à ses dépens, en effet, que s'opèrent presqu'exclusivement toutes ces ampliations du bas-ventre dont le résultat inévitable est l'affaiblissement des muscles et des aponévroses. Dans l'état de station, l'axe du détroit supérieur du bassin étant incliné en haut et en avant, et les pubis se trouvant abaissés, la masse des intestins grêles appuie constamment sur la partie inférieure de cette paroi. Et, comme on trouve en avant la ligne blanche, qui fait l'office d'une corde tendue, et qui repousse les viscères, tandis que les côtés sont plus souples, c'est spécialement sur la portion de la paroi antérieure de l'abdomen qui est placée au-dessus de l'arcade crurale, que la pression des intestins se fait le plus fortement sentir. La forme des fosses iliaques et leur direction contribuent encore à faire glisser d'arrière en avant et de haut en bas les viscères qui reposent sur elles. Ajoutez enfin à ces particularités de structure, que les régions inguinales et crurales de l'abdomen offrent deux ouvertures, dont l'une donne passage, chez l'homme, au cordon testiculaire, et chez la femme, au ligament rond de l'utérus, tandis que l'autre est traversée par les vaisseaux cruraux. La situation de ces ouvertures, l'existence de deux fossettes formées par le péritoine, vis à vis d'elles, sont autant de circonstances qui semblent solliciter les organes à s'y engager.

Les viscères abdominaux présentent aussi des particularités de structure qui rendent les hernies faciles à s'opérer. Les deux dernières parties de l'intestin grêle, ainsi que l'épiploon qui s'accroît avec rapidité durant la jeunesse, étant lisses, polies, très-mobiles, et susceptibles de prendre toutes les formes, s'insinuent aisément dans tous les endroits où les parois abdominales présentent quelque solution de continuité. Le gros intestin se rencontre assez souvent aussi dans les hernies, soit qu'il y ait été attiré par les parties du canal digestif dont la sortie a précédé la sienne, soit à la suite du relâchement des replis péritonéaux qui le fixent dans sa situation normale. Les hernies de la vessie, de l'estomac, de la rate et du foie, sont plus rares que celles des organes précédens, à raison de la solidité des liens qui fixent ces viscères dans leur situation. Enfin, l'on n'a presque jamais rencontré hors de l'enceinte abdominale, le duodénum, le pancréas et les reins, organes attachés loin des endroits par lesquels s'opèrent les hernies.

Ces tumeurs ont reçu des noms divers, suivant les régions qui en sont le siége, et suivant les parties qui les forment. Ainsi, la hernie qui a lieu par le canal inguinal se nomme bubonocèle, lorsqu'elle est bornée à l'aîne, et oschéocèle, quand elle descend jusque dans le scrotum. La hernie crurale est connue sous le nom de mérocèle. On appelle exomphale celle de l'ombilic. Enfin, les hernies à travers le trou ovalaire, le périnée, l'échancrure ischiatique, le diaphragme, les divers points de la ligne blanche ou du ventre, sont désignées par les noms des ouvertures ou des parties qui leur ont livré passage : de là les hernies périnéales, ischiatiques, diaphragmatiques, etc. Sous le rapport des organes qu'elles renferment, on nomme épiplocèle la hernie de l'épiploon, entérocèle celle de l'intestin, gastrocèle celle de l'estomac, hépatocèle celle du foie, cystocèle celle de la vessie, etc. C'est de la combinaison variée de ces deux genres de dénominations que résultent tous les noms particuliers des hernies. Par exemple, on nomme entéro-bubonocèle, la saillie de l'intestin dans la région inguinale, etc.

Sous le rapport de l'âge et du sexe des sujets affectés de hernie, on a remarqué que ces maladies sont plus fréquentes chez les adultes, les vieillards et les hommes, que chez les enfans et les femmes. Parmi ces dernières, celles qui ont fait plusieurs enfans y sont plus exposées que les filles. Les hernies inguinales sont de toutes les plus fréquentes; les femmes présentent seules un grand nombre de hernies crurales. Après ces deux genres de tumeurs viennent les hernies de l'ombilic et de la ligne blanche, auxquelles les femmes et les enfans sont plus exposés que les hommes. Les hernies à travers le vagin, le périnée, les trous sous-pubiens, les échancrures ischiatiques, ne se présentent que rarement à l'observation. Enfin, les hernies

diaphragmatiques, qui n'ont jamais lieu qu'à la suite des plus violens efforts, sont les plus rares après celles qui résultent du glissement des intestins ou de l'épiploon entre les fibres du muscle lombo-abdominal, et qui apparaissent sur les côtés de la région lombaire.

Sous le rapport de leur nature, les hernies ont été divisées en simples et en compliquées, ou plutôt en réductibles et en irréductibles : les premières sont celles qui, libres de toute gêne, peuvent aisément être repoussées dans le ventre; parmi les secondes on comprend toutes celles que des circonstances étrangères à leur nature, telles que des adhérences, le développement des parties déplacées, les corps étrangers accumulés dans l'intestin, les brides qui traversent quelquefois la hernie et y retiennent les organes, enfin l'étranglement empêchent de pouvoir être réduites.

On a cherché à soumettre au calcul la fréquence relative des diverses espèces de hernie, et plusieurs observateurs ont présenté à ce sujet des résultats généraux qui ne sont pas sans intérêt. Chopart et Desault pensaient que les sujets affectés de hernies sont au reste de la population : : 6 ou 7 : 100; d'où il résulterait que ces maladies sont les plus communes de toutes celles qui affligent l'humanité. Cette évaluation nous paraît la plus modérée entre celles d'Arnaud, de Turnbull, de Juville, de Bordenave et de Louis. En réunissant les observations de Monro à celles de la Société des bandagistes herniaires de Londres, et aux ouvertures de cadavres faites à Paris par J. Cloquet, on obtient une masse très-considérable de faits authentiques et récemment recueillis, d'où l'on peut déduire des rapports plus rapprochés de la vérité, que si l'on ne faisait usage que de travaux particuliers ou plus anciens. Or, le rapprochement de ces observations faites en divers lieux et sur des sujets placés dans des circonstances différentes, démontre que, sur 7227 hernies simples, 6278 étaient sorties par le canal inguinal, et 949 par le canal crural. Des hernies inguinales, 5803 affectaient des hommes, et 475 des femmes. Parmi les sujets affectés de hernies crurales, on comptait 197 hommes et 752 femmes. Il résulte de ces premières données, que les hernies inguinales sont aux hernies crurales : : 6,61 : 1; que chez l'homme les premières de ces tumeurs sont aux secondes : : 29,76 : 1; tandis que chez la femme ce même rapport est au contraire : : 1 : 1,58. Les hernies inguinales chez l'homme sont aux mêmes hernies chez la femme : : 12,21 : 1; tandis que ce rapport est, pour les hernies crurales de la femme comparées à celles de l'homme, : : 3,81 : 1.

Si l'on réunit seulement les observations de Monro à celles de la société anglaise, on trouve que sur 8875 sujets affectés de hernies inguinales, 2886 portaient des hernies doubles, et

que dans ce dernier nombre se trouvaient 2791 hommes et 95 femmes. Sur 1037 hernies crurales, existaient 222 hernies doubles, dont 39 affectaient des hommes, et 183 des femmes. Les hernies inguinales simples sont donc aux hernies doubles de la même espèce :: 3,07 : 1 ; ce rapport est pour les hernies crurales :: 4,66 : 1. D'après les recherches de la société des bandagistes de Londres, les hernies inguinales du côté droit sont à celles du côté gauche :: 51 : 34; ce même rapport est pour les hernies curales :: 19 : 11. Les calculs auxquels nous nous sommes livrés confirment, à très-peu de chose près, ces résultats. Il résulte aussi des faits que nous prenons pour base de nos évaluations, que les hernies inguinales sont à toutes les autres hernies :: 5 : 1; les hernies inguinales et crurales réunies sont aux autres tumeurs formées par les viscères abdominaux :: 14,38 : 1. Les hernies ombilicales et celles de la ligne blanche, chez la femme, sont aux mêmes tumeurs chez l'homme :: 4,20 : 1. D'après les ouvertures faites par Cloquet, ce rapport est pour les hernies doubles du trou ovalaire :: 4 : 1. Les hommes affectés de hernies sont aux femmes affligées de cette infirmité :: 4,37 : 1; les hernies du côté droit sont à celles du côté gauche :: 1,60 : 1; les hernies congéniales sont aux autres hernies :: 1,16 : 63. Enfin, l'on a constaté que c'est de trente à soixante ans que s'opèrent le plus grand nombre des hernies abdominales.

Quelque satisfaisans que ces résultats paraissent au premier abord, ils laissent cependant beaucoup à désirer. Pour que l'histoire des hernies fût complète, il serait nécessaire de connaître, non-seulement les proportions suivant lesquelles ces lésions affectent les diverses régions du bas-ventre, mais encore la fréquence relative des hernies formées par les divers organes, et libres ou compliquées d'adhérences, d'engouement, d'étranglement, etc. Il faudrait aussi que l'on déterminât avec exactitude les professions qui disposent le plus aux tumeurs herniaires, afin que l'on pût corriger les attitudes qui, dans l'exercice de ces professions, produisent un aussi fâcheux résultat. Enfin, des dissections nombreuses sont encore nécessaires pour constater toutes les variétés de forme et de structure dont les hernies sont susceptibles. C'est au temps et aux travaux des personnes qui cultivent spécialement l'anatomie pathologique, à perfectionner de plus en plus ce point important de la chirurgie. Verdier, chirurgien herniaire fort distingué, se livre actuellement à des recherches de ce genre, qui, si elles sont encouragées, ne peuvent manquer de produire des résultats importans.

Parmi les causes des hernies, les unes disposent à ces maladies, dont les autres déterminent l'apparition plus ou moins rapide. Au nombre des premières, on range la grossesse, les

hydropisies, les développemens graisseux dont les épiploons et le mésentère sont fréquemment le siége, et qui laissent, après la parturition, la ponction ou un amaigrissement rapide, un tel relâchement dans la paroi abdominale antérieure, que ses ouvertures dilatées et affaiblies laissent aisément échapper les viscères. Il est aussi des sujets qui semblent avoir une disposition spéciale aux hernies, et chez lesquels ces maladies surviennent presque spontanément. Quelques écrivains ont pensé que l'affaiblissement de la paroi abdominale antérieure, que l'on remarque chez les personnes dont il s'agit, peut être congéniale et même héréditaire; mais l'observation n'a pas encore fourni de résultats assez positifs pour décider cette question. L'habitude de rester debout, d'aller à cheval, de se livrer à de pénibles travaux, les professions qui exigent des efforts continuels et puissans, constituent autant de causes prédisposantes des hernies. Les ceintures portées constamment favorisent ou même déterminent le relâchement de la paroi abdominale antérieure, et lorsqu'on les quitte, les hernies apparaissent au moindre effort. Aussi, les cavaliers et les hommes de peine ne doivent-ils les porter que pendant les exercices ou les travaux qui les exposent aux tumeurs herniaires. Aux plaies pénétrantes de l'abdomen succèdent presque toujours des cicatrices trop faibles pour contenir les organes abdominaux, et qui se laissent distendre par eux. Ce n'est que par un préjugé assez grossier que l'on a rangé l'usage de l'huile parmi les causes des hernies.

L'action vive et brusque exercée de dedans en dehors par les viscères abdominaux, à l'occasion des efforts violens, est la cause efficiente la plus ordinaire des hernies. Toutes les fois, en effet, que le diaphragme et les muscles du bas-ventre se contractent simultanément pendant les grandes actions musculaires, la cavité abdominale se trouve rétrécie dans tous les sens. Le diaphragme présente alors un plan dirigé en bas et en avant, qui pousse directement les viscères contre les régions hypogastriques, inguinales et crurales. Et comme la partie médiane est alors rendue solide par la tension de la ligne blanche et des muscles droits, les intestins se portent spécialement au voisinage des canaux inguinaux et cruraux. Aussi voit-on les régions que ces canaux occupent se porter en avant et se distendre plus ou moins pendant les efforts considérables. Lorsque les deux moitiés du corps agissent simultanément, comme pour lever un fardeau avec les deux mains, les deux régions inguinales sont également pressées et distendues par les viscères; mais quand le bras droit est seul employé, le tronc s'inclinant du côté opposé, le diaphragme dirige sa concavité vers l'aîne droite, et les intestins sont plus fortement poussés

sur elle que sur l'aîne gauche. Ces considérations expliquent pourquoi les hommes, qui se livrent plus que les femmes à des travaux pénibles et à de violens exercices, sont plus souvent qu'elles affectés de hernie, et pourquoi ces maladies sont, ainsi que nous l'avons précédemment démontré, plus fréquentes à droite qu'à gauche.

Les efforts de la toux, ceux de la parturition et de l'expulsion des matières fécales ont suffi quelquefois pour déterminer l'apparition d'une hernie. Lawrence a vu des tumeurs de ce genre qui ne reconnaissaient d'autre cause que les contractions abdominales prolongées que nécessite la sortie de l'urine chez les sujets affectés de rétrécissement urétral. Les percussions violentes sur la paroi abdominale peuvent produire le même effet. On a vu des hernies résulter de chutes sur les pieds et sur les fesses, les muscles du bas-ventre étant, pour ainsi dire, surpris dans un état de relâchement qui ne leur permettait pas de soutenir les viscères. Blumenbach et Richter attribuent les tumeurs herniaires, très-fréquentes en Suisse et chez les habitans des Alpes, aux exercices auxquels se livrent les hommes de ces contrées, et à leur habitude de porter les fardeaux par derrière. Une cause de hernie qui est assez fréquente et quelquefois difficile à reconnaître, est le développement de paquets graisseux dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ces tumeurs, adhérentes au péritoine, pressent de dedans en dehors contre les aponévroses de l'abdomen, les éraillent, font saillie sous la peau, et entraînant avec elles la membrane séreuse, lui font faire une sorte de doigt de gant dans lequel les intestins peuvent aisément s'engager. Morgagni, Pelletan, Tartra et quelques autres, ont vu des tumeurs de ce genre, placées à la partie inférieure et latérale de l'abdomen, faire au contraire saillie dans le ventre, et sortir par le canal inguinal, en repoussant devant elles le péritoine, et simulant parfaitement des hernies épiploïques.

Suivant que les causes des hernies agissent avec lenteur, ou qu'elles sont violentes et brusques, ces maladies se développent avec plus ou moins de rapidité. Dans le premier cas, les viscères exerçant, sur les fibres aponévrotiques, des pressions et des percussions faibles et incessamment réitérées, ne sortent qu'après un temps plus ou moins long. Plusieurs mois, et quelquefois plusieurs années avant l'apparition de la tumeur, on sent les viscères se présenter à l'ouverture qu'ils doivent franchir, et y former une saillie de plus en plus considérable, pendant les efforts auxquels se livre le sujet. Lorsque la hernie est due, au contraire, à des causes subites et puissantes, elle apparaît tout à coup avec tous les caractères qui la distinguent. Dans le premier cas, les parties étant disposées à lui livrer passage, aucun accident notable n'accompagne son développe-

ment. Dans le second, au contraire, une vive douleur se fait sentir à l'instant de sa formation, et des phénomènes dangereux sont la suite de la compression à laquelle elle est soumise par les fibres aponévrotiques subitement distendues, et qui se resserrent sur les parties qu'elles embrassent. Si ces accidens ne se manifestent pas aussi souvent que l'on devrait s'y attendre, c'est que, même chez les sujets où les hernies se forment tout à coup, leur développement a presque toujours été préparé par l'affaiblissement des aponévroses abdominales, et que celles-ci ont alors, en grande partie, perdu l'élasticité et l'énergie qui les auraient fait revenir sur elles-mêmes après leur distension.

Les signes des hernies sont en général faciles à distinguer. Lorsqu'au voisinage d'une des ouvertures naturelles de l'abdomen, ou de la cicatrice d'une ancienne solution de continuité faite aux parois de cette cavité, apparaît tout à coup, à la suite d'un violent effort, ou se développe graduellement et sans effort préalable, une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et qui laisse les tégumens sains et mobiles à sa surface, cette tumeur est presque toujours une hernie. La présomption qui naît d'un premier examen acquiert plus de consistance par les caractères suivans. Les tumeurs herniaires réductibles, ordinairement plus larges à leur corps qu'à leur base, rentrent facilement, ou par la pression exercée méthodiquement sur elles, ou par la situation horizontale du sujet; mais elles reparaissent aussitôt que le malade se met debout, ou qu'il exerce un léger effort de toux. La station prolongée, la marche, la course, la réplétion de l'estomac et des intestins, augmentent le volume, la saillie et la tension de la tumeur. Si on la touche pendant que le malade rit, tousse ou fait un effort violent, on sent, à chaque secousse des muscles abdominaux, les organes faire effort pour sortir, et venir frapper la main qui les presse. La hernie étant au-dehors, il est impossible d'arriver jusqu'à l'ouverture qui lui a livré passage; le doigt fait reconnaître que le canal dans lequel il devrait s'engager est occupé par des parties étrangères. Après la réduction, l'orifice que l'on cherchait vainement se présente, au contraire, pour ainsi dire, de lui-même, large, relâché, et pouvant recevoir des corps plus ou moins volumineux. Si, pendant que le doigt l'occupe, on fait mettre le sujet debout, et qu'on l'engage à tousser, on sent manifestement les viscères qui viennent frapper l'extrémité de cet organe. A mesure qu'on le retire, il est suivi par les viscères, qui viennent former au dehors la tumeur que l'on avait sous les yeux, et qui reparaît avec tous ses caractères primitifs. Ces phénomènes, examinés avec attention, ne permettent presque jamais de méconnaître l'existence de la hernie.

Il s'agit ensuite de déterminer les parties qui les constituent.

Formées par l'intestin, les tumeurs herniaires présentent un pédicule étroit près de l'ouverture abdominale; arrondies à leur corps, leur volume éprouve des variations nombreuses, suivant que l'organe qu'elles renferment est vide ou distendu, soit par des gaz, soit par des matières stercorales. Lorsque l'intestin est dans l'état de vacuité, la hernie paraît à peine; elle est, au contraire, tendue, rénitente, élastique et fort saillante, quand des gaz la distendent; les matières stercorales lui donnent plus de consistance et de poids; liquides, la tumeur qu'elles remplissent paraît fluctuante; de consistance médiocre, elles la rendent pâteuse; dures, elles la font paraître solide, inégale et bosselée. Ces accumulations ne sauraient avoir lieu sans que le sujet n'éprouve dans la hernie de l'embarras, des douleurs et des coliques plus ou moins vives qui se propagent au ventre. La réduction des tumeurs intestinales s'opère ordinairement avec facilité; à peine est-elle commencée, que la contraction des parties l'achève tout à coup, en même temps qu'un gargouillement, produit par la collision des matières stercorales liquides et des gaz, se fait entendre.

Les hernies formées par l'épiploon sont molles, pâteuses, inégales, invariables dans leur consistance; elles n'éprouvent de variations dans leur volume que par les efforts qui font descendre plus de parties dans la tumeur. La réduction est plus difficile que celle de l'entérocèle; on ne peut l'opérer que peu à peu, et en repoussant dans le ventre jusqu'aux dernières portions de la tumeur : aucune contraction de l'organe n'aide à l'action des doigts; aucun bruit ne se fait entendre pendant sa rentrée; à peine la compression cesse-t-elle d'agir, que la tuméfaction reparaît. A volume égal, l'épiplocèle est plus pesante que l'entérocèle.

Les hernies qui contiennent en même temps de l'épiploon et de l'intestin, offrent la réunion des phénomènes qui caractérisent la présence de chacun de ces organes. Leur volume éprouve, mais à un plus faible degré, les changemens qui dépendent de la vacuité ou de la réplétion de la cavité intestinale. Quoique pâteuses, des coliques s'y font quelquefois sentir. Si l'on tente la réduction, la tumeur diminue d'abord brusquement par la rentrée de l'intestin, et l'on entend alors le gargouillement dont nous avons parlé; mais ensuite ce qui reste de la hernie exige des efforts longs et soutenus pour pénétrer dans le ventre.

Les hernies irréductibles présentent les phénomènes dont nous venons de parler, excepté ceux qui accompagnent la rentrée des viscères dans l'abdomen. Celles qui, survenues tout à coup,

sont, à l'instant même de leur développement, accompagnées de phlogose et de constriction, forment des tumeurs rénitentes et douloureuses, dont il serait difficile de découvrir la nature, si les symptômes de l'étranglement ne venaient éclairer le diagnostic. Enfin, presque toutes les régions du bas-ventre peuvent être le siége de tumeurs diverses, avec lesquelles il importe beaucoup de ne pas confondre les déplacemens des viscères abdominaux. L'exposition des signes spéciaux au moyen desquels on peut éviter de semblables erreurs, appartient à l'histoire particulière de chaque hernie. Il nous suffit de dire ici que les circonstances commémoratives de la maladie, que la naissance de la tumeur à la suite d'un effort, sa sortie à travers une ouverture abdominale, son accroissement constant de dedans en dehors et de haut en bas, les coliques, les tiraillemens d'estomac et les autres troubles de la digestion qui l'accompagnent, sont autant de phénomènes à l'aide desquels un chirurgien attentif et habile distinguera constamment une hernie de toute autre tuméfaction dont l'aspect serait analogue. Il n'est pas toujours aussi facile de reconnaître la nature des organes déplacés. Les adhérences qui unissent les viscères entre eux ou à leurs enveloppes, le volume considérable de la tumeur, et le développement à sa surface ou dans son intérieur, soit de productions graisseuses, soit de collections purulentes ou autres, telles sont quelques-unes des circonstances qui peuvent rendre cette partie du diagnostic tellement incertaine, qu'il soit impossible de prononcer, avant l'opération, sur les parties qui forment la hernie.

L'anatomie chirurgicale des hernies a été portée dans ces derniers temps à un très-haut degré de perfection. Depuis Arnaud, Camper et Sœmmerring, Scarpa, G. Hey, A. Monro, A. Burns, B. Travers, Hesselbach, A. Cooper, Lawrence, Colles, Ch. Bell, Pelletan, Dupuytren, Chaussier, Marjolin, Breschet, J. Cloquet, et quelques autres, ont fait reconnaître une foule de dispositions remarquables des différentes parties qui constituent ou qui avoisinent les tumeurs herniaires. Les travaux anatomiques de ces praticiens ont dissipé un grand nombre d'erreurs; et là où nos devanciers n'osaient opérer, ou n'agissaient qu'en tremblant, et commettaient les plus funestes méprises, les chirurgiens actuels surmontent toutes les difficultés, font usage de procédés rigoureusement calculés, et dirigent leurs instrumens de manière à éviter les parties qu'il serait dangereux d'intéresser. On peut, toutefois, reprocher à quelques-uns des anatomistes que nous venons de citer, d'avoir trop longuement décrit des détails minutieux, peu dignes d'attention, et presque sans importance dans la pratique. Il leur aurait été possible, sans cesser d'être exacts, d'insister moins sur les

objets peu remarquables, que sur ceux qui doivent diriger le chirurgien dans l'application des moyens thérapeutiques et dans l'exécution des opérations.

Dans toute hernie abdominale, on doit étudier, 1°. l'état des ouvertures à travers lesquelles les viscères se sont déplacés; 2°. les modifications de forme et de structure que ces viscères ont éprouvée après leur sortie; 3°. les enveloppes immédiates de la tumeur; 4°. enfin, les parties situées à l'extérieur du sac herniaire, et au milieu desquelles il s'est épanoui.

La formation des hernies est ordinairement précédée du relâchement graduel des tissus fibreux qui forment le contour des ouvertures abdominales. Dans les tumeurs lentement développées, on voit les lames aponévrotiques céder insensiblement, s'amincir, s'écarter les unes des autres, agrandir les passages qu'elles devaient fermer, ou laisser des éraillemens se former entre elles. A mesure que les viscères se portent au dehors, les ouvertures qui leur livrent passage deviennent plus larges; leur circonférence s'affaiblit et perd sa tonicité. Lorsque la hernie se forme subitement, au contraire, les tissus fibreux, après s'être laissé distendre par l'effort, reviennent sur eux-mêmes, et l'étranglement de la hernie peut résulter de la compression qu'elles exercent sur les parties; mais, si cet accident n'a pas immédiatement lieu, les aponévroses, soumises à une distension permanente, s'écartent; la gêne que les viscères éprouvaient se dissipe insensiblement, et la douleur, ainsi que l'engorgement qui accompagnaient la tumeur, disparaissent. La communication entre la cavité abdominale et celle que les organes déplacés se sont formée au dehors, devient, du moins en ce qui concerne les aponévroses, de plus en plus libre, et de nouvelles parties peuvent accroître successivement le volume de la hernie: ces changemens sont accompagnés du rapprochement des deux extrémités des canaux que parcourent certaines hernies, et du redressement du trajet plus ou moins oblique que les viscères ont dû parcourir d'abord.

Il ne faut pas, toutefois, penser que l'affaiblissement des ouvertures abdominales soit un résultat constant et inévitable de la présence des hernies. Dans ce cas, comme dans tous ceux où nos tissus sont soumis à une pression continuée, deux effets opposés peuvent avoir lieu: tantôt l'organe usé par la pression s'affaiblit et se détruit; tantôt, au contraire, il s'irrite et augmente de densité. Le premier cas est le plus commun. Aussi, trouve-t-on souvent, lorsque les hernies sont anciennes et volumineuses, les ouvertures inguinales et crurales presqu'effacées, et réduites en une sorte de tissu cellulaire dense et fibreux; mais, d'autres fois aussi, le tissu lamineux qui tapisse l'ouverture abdominale s'épaissit, adhère aux aponévroses,

et, se confondant avec elles, augmente leur solidité; alors, les expansions aponévrotiques situées à l'extérieur de l'ouverture abdominale, deviennent plus denses, perdent l'aspect resplendissant qui les distingue, et, sur les hernies anciennes, il est souvent impossible de démontrer où finit le contour de l'orifice fibreux du ventre, et où commence la lame dense et serrée qui lui fait suite.

Il est facile de sentir que, dans les hernies formées à travers les éraillemens accidentels de la ligne blanche, la dilatation de l'ouverture qui livre passage aux organes est plus facile et plus rapide que celle des orifices naturels de la cavité abdominale. Cette même dilatation est plus prompte encore, ou plutôt n'éprouve presque ni obstacle ni retard, quand la hernie se forme à l'endroit d'une ancienne division faite aux parties charnues de l'enceinte abdominale : aussi, les tumeurs de ce genre acquièrent-elles bientôt un grand volume, en même temps que leur base devient de plus en plus large. Or, la gêne que les organes déplacés éprouvent étant en raison inverse de la dilatabilité des ouvertures qu'ils franchissent, il est évident que cette gêne est, toutes choses d'ailleurs égales, portée plus loin dans les hernies formées à travers les ouvertures normales à parois solides, que dans les tumeurs placées au-devant d'éraillemens aponévrotiques, ou de cicatrices toujours molles et extensibles. Mais aussi, moins les parties éprouvent d'obstacles à se porter au dehors, et plus elles sont difficilement étranglées : c'est pourquoi les petites hernies sont plus disposées à l'étranglement, que celles dont les dimensions sont plus grandes.

Dans les hernies lentement formées, on observe que les viscères, à mesure qu'ils viennent heurter contre l'un des points de l'enceinte abdominale, et que ce point cède et s'entr'ouvre devant eux, on observe, disons-nous, que ces viscères s'allongent, et atteignent graduellement à des endroits où ils n'auraient pu parvenir dans l'état normal. Ainsi l'épiploon serait trop court, chez la plupart des sujets, pour parvenir tout à coup au fond du scrotum; le mésentère ne permettrait pas à l'intestin grêle de se porter au même point. Cependant l'un et l'autre y parviennent presque toujours dans les hernies. Ce phénomène remarquable a beaucoup occupé les pathologistes. Warthon, Benevoli, Roscius, Brendel et Morgagni croyaient que le relâchement du mésentère et le développement de l'épiploon précèdent les hernies, et constituent une des causes de leur apparition. Mais il arrive alors aux organes dont il s'agit ce que l'on observe dans toutes les parties intérieures du corps : ils se développent spécialement du côté où ils éprouvent le moins de résistance. La faiblesse de l'un des points du

l'enceinte abdominale permettant à l'épiploon et à l'intestin de s'y engager, on les voit s'accroître dans ce sens, et bientôt se prolonger au dehors, non-seulement par extension de tissu, mais encore à raison d'une nutrition plus active. Lorsque les hernies se forment brusquement, elles sont presque toujours peu volumineuses d'abord, et les parties qui les constituent restent près des ouvertures abdominales, autant parce qu'elles ne peuvent s'allonger au-delà, que par la résistance que les parties extérieures opposent à leur progression. Mais, avec le temps, le tiraillement qu'éprouvent les tissus disparaît par l'accroissement réel de l'organe, et de nouvelles parties peuvent sortir à mesure que celles qui s'étaient déplacées les premières se portent plus loin.

En s'engageant à travers une ouverture abdominale, l'épiploon et l'intestin éprouvent de notables changemens dans leur forme et dans leur direction. Le premier de ces organes se dirige de ses attaches à l'estomac et au colon transverse vers l'ouverture qui lui livre passage. Là il se rétrécit, forme des plis longitudinaux, et présente un pédicule plus ou moins étroit. Cette disposition lui donne, dans l'abdomen, une figure triangulaire, dont la base est à l'estomac, et le sommet à l'origine de la hernie. Au dedans de celle-ci, l'épiploon s'épanouit de nouveau, et forme une sorte de champignon dont le pédicule est en haut, et le sommet large et plus ou moins volumineux en bas. Est-ce l'intestin qui forme la tumeur? Tantôt une partie seulement de son diamètre, ou l'un des appendices digitaux que l'on observe quelquefois à sa surface, a franchi l'une des ouvertures abdominales. Dans ce dernier cas, la portion herniée forme une cavité accesssoire à celle de l'organe; son fond, dirigé au dehors, est plus large que son col, qui correspond à l'origine de la tumeur. Lorsque tout le calibre de l'intestin est compris dans la hernie, cet organe, au lieu de former un tube à flexuosités ondulatoires et mobiles, présente une flexion brusque, et des angles invariables gênent la liberté de son canal. Chacun des deux bouts du conduit alimentaire se recourbe à angle plus ou moins obtus, à l'instant où il franchit l'ouverture abdominale pour se porter au dehors. Parvenus dans la hernie, les bouts s'écartent de nouveau, se mettent plus à l'aise, et se réunissent en formant de nouveaux angles, qui varient suivant la quantité d'intestins déplacés et le degré d'allongement du sac herniaire. Dans les hernies scrotales, il arrive assez fréquemment, ainsi que l'a remarqué Scarpa, que l'intestin se contourne sur lui-même, en forme de 8, ce qui nuit beaucoup à l'exercice de ses fonctions.

Comprimées avec plus ou moins de force à l'ouverture qui leur donne passage, les parties déplacées éprouvent une gêne

considérable dans l'abord du sang artériel et le retour du sang veineux. Une irritation lente, obscure dans ses phénomènes, mais facile à démontrer par les traces qu'elle laisse après elle, altère presque toujours leur organisation. L'epiploon, par exemple, est fréquemment alors le siége d'un développement graisseux, qui le convertit en une masse solide, de deux, trois ou quatre pouces d'épaisseur. Il semble que cette accumulation de la graisse dans un tissu déjà frêle et délicat, y étouffe les mouvemens vitaux; car l'épiploon, parvenu à cet état, ne peut supporter la plus légère irritation sans tomber dans une fonte putride, qui s'étend quelquefois jusqu'à l'intérieur de l'abdomen. D'autres fois, cet organe, habituellement comprimé, soit par des bandages, soit par l'ouverture aponévrotique qu'il franchit, se durcit, et forme une masse presque fibreuse, qui s'oppose, chez beaucoup de sujets, à la réduction de la hernie. Dans quelques cas, les replis du pédicule de l'épiploon s'agglutinent, en même temps que cet organe éprouve dans cet endroit l'induration dont il s'agit : il constitue alors un cordon fibreux plus ou moins long, et qui s'adapte exactement au canal qu'il parcourt. L'épiploon, ainsi altéré, et placé dans le scrotum, a quelquefois été pris pour un troisième testicule, et même pour un sarcocèle, ainsi que l'ont constaté plusieurs anatomistes. Au rapport d'Arnaud et de Chéselden, des kystes séreux ou des hydatides, développés dans l'épiploon, en ont imposé, chez certains sujets, pour de simples collections de liquide; et, dans un cas d'oschéocèle rapporté par Lasnier, pour une hydrocèle de la tunique vaginale. Plusieurs chirurgiens, et entre autres Marjolin, ont trouvé que l'épiploon, situé au dehors, était devenu cartilagineux et même osseux. D'autres fois cet organe a éprouvé une véritable dégénération squirreuse ou cancéreuse. Le mésentère partage ordinairement les altérations de l'épiploon : il devient souvent, comme lui, le siége d'une nutrition exubérante et d'un amas de graisse qui augmente beaucoup son volume.

Relativement à l'intestin, la constriction qu'il éprouve à l'ouverture abdominale entraîne quelquefois l'épaississement et l'induration de ses parois, de telle sorte que son calibre rétréci n'est plus susceptible de reprendre son diamètre normal. Ritsch a vu, à la suite d'une opération de hernie, les accidens persister; après la mort du sujet, l'intestin paraissait extraordinairement resserré aux endroits comprimés par l'anneau : il semblait que cet organe eût été entouré d'une ficelle. Sa cavité étant ouverte, on vit que ses parois internes s'étaient agglutinées, et que sa partie supérieure ne communiquait plus avec celle qui était placée au-dessous de la hernie. Mertrud et Courtavoz ont observé des cas analogues. Quelquefois, ainsi

que le rapportent Garangeot, Arnaud et Pott, la portion d'intestin comprise dans la hernie, est revenue sur elle-même, et presqu'entièrement oblitérée. La compression exercée sur les hernies par des bandages mal faits, est la cause la plus fréquente de ces altérations. Il semble, d'après une observation de Rigal, que l'inflammation aiguë puisse en peu de jours unir entre elles les parois internes du canal digestif étranglé. Ce praticien, opérant une hernie inguinale, trouva l'intestin oblitéré par une adhérence de ce genre. Il n'hésita pas à fendre l'organe; il détruisit, avec le doigt, l'agglutination de ses parois, et procéda ensuite à la réduction. Chez certains sujets, l'intestin, loin de se retrécir dans la portion déplacée, se dilate au contraire, s'amincit, et perd une partie de son ressort, ce qui détermine de fréquens embarras dans le cours des matières stercorales.

En sortant de la cavité abdominale, les viscères qui forment les hernies poussent presque constamment au devant d'eux une portion du péritoine, qui leur sert d'enveloppe immédiate, et qui constitue le sac herniaire. Cette ancienne erreur, qui consistait à attribuer les hernies subitement formées, à la rupture de la membrane séreuse abdominale, a été trop solidement réfutée par Ruysch, Haller et Morgagni, pour qu'il soit nécessaire d'accumuler encore contre elle de nouvelles preuves. Il ne faut lire qu'avec une extrême défiance, ou même rejeter entièrement, les observations de Bonet, de Salzmann, d'Arnaud, de Garengeot et de quelques autres, relativement aux hernies précédées de la déchirure du péritoine. Les seules hernies qui soient complétement dépourvues de sac herniaire, sont celles qui succèdent à d'anciennes blessures pénétrantes de l'abdomen. Dans ces cas, les viscères agissent sur la cicatrice celluleuse et faible qui réunit la plaie; ils trouvent plus de facilité à distendre son tissu qu'à pousser devant eux le péritoine. Il est vraisemblable, d'ailleurs, qu'au voisinage des lèvres de la solution de continuité, cette membrane a contracté, avec les parois abdominales elles-mêmes, des adhérences qui s'opposent à ce qu'elle puisse se porter au dehors. Les hernies qui succèdent à la destruction du sac herniaire, ou à son incision pendant des opérations antérieures, sont, par la même raison, privées de prolongement péritonéal. Les cystocèles périnéales et vaginales et quelques hernies diaphragmatiques ne sont pas non plus entourées de sac herniaire.

D'autres tumeurs ne présentent qu'une enveloppe séreuse incomplète. Ce sont celles qui sont formées par des organes dont la surface n'est pas elle-même entièrement recouverte par le péritoine. La vessie, le cœcum, la portion iliaque gauche du colon et le commencement du rectum, forment presque toujours des hernies de ce genre, que Scarpa désigne sous le nom de her-

nies avec adhérence charnue naturelle. Il est facile d'observer dans tous ses détails le procédé suivant lequel s'opèrent en général les hernies de ce genre et celles du cœcum en particulier. Tantôt cet organe, rapproché seulement des ouvertures inguinale ou crurale, semble prêt à s'y engager; tantôt, parvenu au pli de l'aine ou à la partie supérieure de la cuisse, il fait complétement saillie au dehors. A mesure qu'il descend, il attire avec lui le péritoine, qui recouvre sa partie antérieure. Cette membrane se replie alors au devant et au côté externe de la hernie, et forme un sac dans lequel flotte l'appendice cœcal, et qui peut admettre facilement, soit des circonvolutions de l'intestin grèle, soit quelques parties de l'épiploon. Lorsque la hernie du cœcum est secondaire, la fin de l'intestin grèle, parvenue la première au dehors, attire la poche du cœcum, qui s'applique alors à la partie postérieure et interne du sac, dont elle semble former un appendice. Les seules hernies cœcales qui présentent un sac herniaire complet, sont celles dont les enfans sont quelquefois atteints, et qui dépendent, ainsi que l'ont constaté Wrisberg, Sandifort et Dupuytren, de l'adhérence du testicule au cœcum : alors la tunique vaginale reçoit l'intestin, et l'enveloppe de toutes parts. Nous ne pensons pas, malgré les assertions contraires de Chopart et de Desault, qu'il existe des hernies cœcales entièrement privées de sac herniaire, ou, comme le dit Sernin, *akystiques*. Ces observations sont en tout applicables aux hernies de la vessie, du colon et du commencement du rectum, à travers l'un des points de la paroi abdominale antérieure.

Excepté ces cas spéciaux, qui constituent de véritables exceptions, toutes les hernies abdominales sont pourvues de sac herniaire. Ce sac se forme à la fois par la distension et par la locomotion du péritoine. Unie aux parois du bas-ventre au moyen d'un tissu cellulaire lamelleux peu serré, cette membrane est susceptible de glisser aisément d'un endroit à l'autre. On observe cependant, sous ce rapport, des différences notables entre les divers sujets. Chez les uns, le péritoine est très-mobile; chez d'autres, il est plus solidement attaché aux parois qu'il tapisse. Dans certains cas, on le trouve très-mince et très-extensible, tandis qu'il est, dans d'autres occasions, épais, opaque, résistant et difficile à étendre. Lorsqu'on porte le doigt dans l'abdomen d'un cadavre, et qu'on le pousse de dedans en dehors, à travers une des ouvertures de cette cavité, on voit distinctement le péritoine s'étendre, et en même temps cheminer vers l'endroit où on le force de s'engager. Il est évident que, plus cette membrane est fine et fortement adhérente, plus elle s'étend, au lieu de se déplacer; elle se déplace au contraire beaucoup plus qu'elle ne s'étend, lorsqu'elle est

forte et lâchement fixée aux parois abdominales. C'est à raison de ces différences que, chez quelques sujets, les sacs herniaires paraissent formés par le péritoine, dont la texture n'a éprouvé aucune altération; tandis que, sur d'autres malades, on trouve que cette membrane est amincie, craillée, et marquée de vergetures analogues à celles que présentent les tégumens, lorsqu'ils ont été distendus outre mesure.

La portion du sac qui correspond à l'ouverture abdominale est étroite, appliquée aux viscères par sa face interne, et aux fibres aponévrotiques ou charnues des parois du ventre par sa face extérieure : c'est ce que l'on appelle le collet du sac herniaire. Durant les premiers temps de la formation de la hernie, son enveloppe péritonéale n'ayant pas contracté d'adhérences au dehors, est susceptible de rentrer, de s'épanouir de nouveau dans l'abdomen, et de disparaître entièrement. Cependant le péritoine reste toujours flasque et relâché au niveau de l'ouverture qu'il a déjà franchie, de telle sorte qu'il est très-disposé à ressortir lorsque la hernie peut reparaître. Le collet du sac, mou, lâche, offrant des plis longitudinaux formés par le rapprochement de ses parois, est sans action sur les viscères; mais, en devenant anciennes, ces dispositions éprouvent des changemens considérables. On voit alors le collet du sac devenir solide et résistant; son retrécissement, qui était d'abord le résultat passager de l'action exercée sur lui par les bords de l'ouverture abdominale, devient permanent; ses replis s'agglutinent et se confondent entre eux, et bientôt la poche dont il forme l'orifice, constitue une dépendance de la cavité péritonéale, qu'il est impossible de faire disparaître autrement que par l'adhésion mutuelle ou par la destruction de ses parois.

Il serait presque impossible d'énumérer toutes les variétés de dimension et de structure que le sac herniaire peut présenter. En se développant, il s'avance et chemine vers les parties qui lui offrent le moins de résistance; de là, les formes cylindroïde, aplatie sur deux faces opposées, globuleuse ou pyriforme, qu'il présente. Si, pendant qu'il est renfermé, soit dans un canal aponévrotique, soit entre deux lames fibreuses, se présente une ouverture ou un point moins résistant que les autres, le sac ne manque pas de s'y engager et de s'accroître dans la nouvelle direction qui se présente. C'est ainsi que se forment ces sacs irréguliers, à cavités multiples, et dont les diverses parties présentent des axes différens, qu'il importe de distinguer dans l'opération du taxis. Quelquefois le sac se relève, en se contournant au-dessus de l'ouverture par laquelle il est sorti; d'autres fois, il se porte latéralement. On l'a vu s'insinuer dans des éraillemens aponévrotiques placés à son voisi-

nage, et former ainsi des hernies secondaires. Chez un sujet dont Laënnec a fait la dissection, le sac herniaire, appliqué avecforce contre la paroi abdominale, avait éraillé, usé l'aponévrose du muscle grand oblique, et était rentré dans le ventre, non loin de l'anneau inguinal par lequel il était sorti, pour se développer entre la face externe du péritoine et la face interne du muscle transverse.

Lorsque le collet du sac est placé dans un canal garni de deux orifices aponévrotiques, il présente lui-même deux resserremens distincts, deux collets, dont l'un correspond à l'ouverture extérieure, et l'autre à l'ouverture interne du canal. Les sacs herniaires, qui présentent à l'extérieur plusieurs rétrécissemens ou plusieurs collets, ont presque toujours été formés successivement. Supposons qu'un sac, dont le collet est formé définitivement, soit obligé de recevoir tout à coup une plus grande quantité de parties; alors, s'il adhère fortement au contour de l'orifice aponévrotique qu'il embrasse, ces parties pourront pénétrer dans sa cavité malgré sa résistance, et s'étrangler immédiatement. Si, au contraire, le collet du sac est solide et faiblement uni à l'ouverture abdominale, il descendra, poussé par les viscères qui agissent sur lui, et un sac nouveau se formera à sa partie supérieure. Que ce mécanisme se répète plusieurs fois, le sac prendra la forme d'un cylindre, divisé par un plus ou moins grand nombre de rétrécissemens; c'est ce qui constitue les sacs en chapelet. Suivant que le sac nouveau a poussé devant lui l'ancien dans une direction perpendiculaire ou oblique au plan du premier collet, l'ouverture de celui-ci se trouve placée dans l'axe total des deux sacs réunis, ou plus ou moins incliné sur cet axe. Il peut se faire que le péritoine de l'abdomen, en formant un sac nouveau, cède beaucoup plus dans un point que dans l'autre; alors, la nouvelle hernie, au lieu de descendre directement sur l'ancienne, glissera sur l'un de ses côtés. Si alors le premier collet s'éloigne cependant aussi de l'anneau, il se formera un sac à deux cavités latérales, dont le plus ancien paraîtra être un appendice de l'autre. Si, au contraire, en même temps qu'un nouveau sac se forme, l'ancienne hernie demeure dans sa situation primitive, on observera une double poche péritonéale, dont les deux parties, distinctes et accolées dans toute leur étendue, se réunissent à un orifice commun qui les fait communiquer avec l'abdomen. Albinus, Massalien et Arnaud avaient déjà observé cette disposition, sur la réalité de laquelle on avait cependant élevé des doutes, mais qui a été de nouveau démontrée par les anatomistes les plus exacts de nos jours. C'est par un mécanisme semblable que se forment les nouvelles hernies inguinales placées à côté des hernies congéniales, et n'ayant avec elles qu'un sous-orifice abdominal : Sandifort, Brugnone

et Wilmer ont décrit des cas de ce genre. Mais une des causes des plus fréquentes de doubles hernies formées à travers la même ouverture abdominale, est la présence de quelque cordon vasculaire, fibreux ou autre, qui sépare cette ouverture en deux parties, dans chacune desquelles une hernie peut se former. A côté du conduit naturel qui reçoit la première hernie, se forme, chez certains sujets, un éraillement dans lequel s'engage un nouveau sac, qui n'est séparé du premier, à son origine, que par une bande fibreuse, quelquefois fort mince. Lorsqu'on tire sur l'une des poches, on voit souvent, dans ces cas, l'autre remonter, et le péritoine aller ainsi alternativement de l'une à l'autre. On a vu trois, quatre et même un plus grand nombre de tumeurs herniaires se former ainsi les une près des autres.

Lorsqu'une hernie a été pendant long-temps contenue, la pression exercée par le bandage sur le collet du sac, peut l'avoir oblitéré. Si alors un autre déplacement des viscères abdominaux se forme, l'ancien sac, entraîné par le nouveau, s'épanouit sur lui, et constitue, à sa surface, un kyste séreux plus ou moins considérable. Dans d'autres occasions, le fond du sac ancien ayant contracté des adhérences solides au voisinage de l'anneau, son orifice peut seul descendre, et il forme, sur les côtés de la nouvelle hernie, un appendice digital qui semble rétrograder et se porter, de bas en haut, vers l'abdomen.

Les maladies du sac herniaire ne sont pas moins variées que ses dispositions anatomiques. Cet organe peut être blessé par des instrumens tranchans, et si alors il est vide, ses parois se réunissent avec facilité. On a vu certains sacs, remplis tout à coup, et outre mesure, par de nouvelles quantités de parties, se rompre, et les viscères, passant à travers la déchirure, se répandre dans le tissu cellulaire. Des percussions violentes, dirigées sur les hernies, ont souvent déterminé le même effet. Juville, Morgagni, J.-L. Petit, Pipelet, Cruveilhier, rapportent plusieurs observations de ce genre. Chez certains sujets, le sac déchiré s'est ouvert dans la tunique vaginale, ou dans la cavité d'une hydrocèle, ainsi que Dupuytren en a observé quelques exemples.

Quelques chirurgiens ont établi que, plus les hernies sont petites, plus leur sac est épais; Mouro, entr'autres, établissait qu'en s'étendant, le péritoine s'amincit toujours. Scarpa prétend que jamais le sac herniaire lui-même ne s'épaissit, et que l'augmentation de densité et de solidité que l'on a cru y reconnaître, dépend toujours de la condensation des feuillets celluleux qui le revêtent; mais ces propositions sont trop générales et trop exclusives. On a constaté que l'enveloppe péritonéale des hernies anciennes acquiert quelquefois une épais-

seur assez considérable. Il ne faut pas croire cependant que les hernies les plus récentes soient celles qui ont toujours les sacs les plus minces; une multitude de faits s'élèveraient contre cette assertion. Enfin, Ch. Bell et Dupuytren ont observé que, dans certaines hernies anciennes et volumineuses, le sac herniaire acquiert une telle ténuité, qu'il ressemble à l'enveloppe d'une hydatide, et que sa disparition totale et sa résolution en tissu cellulaire paraissent imminentes. Le péritoine est d'autant plus susceptible d'éprouver des transformations celluleuses de ce genre, qu'il est lui-même formé de feuillets lamineux condensés.

Le sac herniaire est exposé à des inflammations, dont les unes dépendent des causes d'irritation auxquelles il est soumis, tandis que les autres lui sont communiquées par le péritoine. Les premières peuvent également remonter, par continuité de tissu, jusque dans l'abdomen; mais ce cas est assez rare. Quoi qu'il en soit, l'enveloppe péritonéale des hernies est susceptible de se remplir d'une sérosité jaunâtre, abondante, et qui constitue quelquefois une véritable hydropisie locale. Il se pourrait même que ce liquide étant exhalé en grande quantité par la tunique herniaire, et s'écoulant incessamment dans l'abdomen, devînt la source d'une hydropisie ascite. Chez d'autres sujets, au contraire, le liquide, sécrété par le péritoine abdominal, descend dans le sac, et le distend. L'inflammation de ce dernier organe donne quelquefois lieu à l'élaboration d'une plus ou moins grande quantité de pus, qui constitue un véritable abcès. Mais elle a pour effet le plus constant de provoquer l'exhalation d'une lymphe concrescible, qui devient la base des membranes anormales et des adhérences qui compliquent si fréquemment les hernies anciennes. Le péritoine est assez souvent le siége, dans les hernies, de taches rouges, brunes ou noirâtres, qui dépendent d'une altération particulière de cette membrane, et que l'on pourrait prendre pour des traces de gangrène, si elles ne se manifestaient sur des parties qui ne semblent pas même avoir été vivement enflammées. Enfin, l'irritation chronique du sac herniaire a quelquefois occasioné des transformations fibreuses, fibro-cartilagineuses, cartilagineuses et même osseuses de cet organe.

Dans les premiers temps de la formation des hernies, le sac péritonéal, subitement placé au milieu des parties avec lesquelles il n'avait précédemment aucun rapport, est libre, sans adhérences, facile à repousser dans l'abdomen; il prend toutes les formes que ces parties veulent lui communiquer; mais à mesure que la hernie devient plus ancienne, le sac s'attache aux tissus qui l'avoisinent, des adhérences celluleuses multipliées le retiennent au dehors. Tantôt molles et lâches, ces adhérences permettent à la tumeur de se déplacer aisément;

tantôt, épaisses, serrées et presque fibreuses, elles la fixent solidement dans sa situation primitive. Distendues et pressées à leur tour par la hernie, les parties qui la revêtent extérieurement sont fréquemment altérées dans leur texture. Les tégumens s'amincissent presque toujours, et deviennent d'autant plus faibles et plus tendus, que la tumeur est plus volumineuse. Les feuillets aponévrotiques et celluleux placés entre eux et le sac herniaire, étant soumis à des tiraillemens considérables, sont graduellement usés, confondus, et finissent par disparaître au point qu'il semble impossible d'inciser la peau sans pénétrer du même coup dans la hernie. Chez d'autres sujets, les parties comprimées par le bandage se condensent; des feuillets celluleux anormaux s'organisent, et ressemblent si bien au sac herniaire, que l'on a vu des chirurgiens habiles s'y méprendre, procéder au débridement, et même tenter la réduction, alors que les parties n'étaient pas à découvert. Les feuillets dont il s'agit sont quelquefois entièrement fibreux, et ont été pris pour des expansions aponévrotiques des muscles abdominaux, jusqu'à ce que Gunz, Haller et Monro aient démontré leur véritable nature. Toutes les parties comprises entre la peau et le sac herniaire ont été trouvées réunies et confondues en une masse dense et fibro-celluleuse très-résistante. Il existe, chez certaines personnes, au-devant du sac herniaire, des paquets graisseux plus ou moins considérables, qui en ont imposé pour des masses d'épiploon : la méprise est presque inévitable, lorsque ces paquets, placés à la paroi postérieure du sac, font saillie dans sa cavité, et paraissent y être contenus.

On a quelquefois trouvé, au-devant du sac herniaire, des kystes séreux qui provenaient ou d'anciennes poches péritonéales oblitérées à leur collet, et descendues en même temps qu'une hernie nouvelle, ou de la transformation du tissu cellulaire en un organe exhalant. Un kyste de ce genre ayant été pris, par Lecat, pour un sac herniaire, la hernie fut réduite en bloc, et le malade mourut d'un étranglement entretenu par l'enveloppe séreuse de la tumeur. Des abcès formés dans le tissu cellulaire qui avoisine les hernies, ont fait quelquefois méconnaître celles-ci, et ont été la cause d'accidens funestes, soit que le praticien inattentif eût ouvert l'intestin en donnant issue au pus, soit, qu'arrêté par le foyer, il eût entièrement méconnu l'existence de la tumeur formée par les viscères abdominaux.

Telles sont les principales dispositions que présentent le plus ordinairement les parties qui constituent, qui enveloppent et qui avoisinent les tumeurs herniaires. Il n'est aucune des variétés de forme et de structure dont nous avons parlé, qui ne

soit importante à connaître, et dont on ne doive tenir compte pendant les opérations. Examinons ce que deviennent, après la réduction, chacune des parties sur lesquelles nous venons de jeter un coup-d'œil rapide.

Replacés dans le ventre, peu de temps après leur sortie, les intestins reprennent, avec leur disposition normale, le libre exercice de leurs fonctions. L'épiploon se déploie de nouveau sur le canal intestinal. Dans les hernies anciennes, ainsi que nous l'avons fait observer, l'intestin peut conserver, aux endroits spécialement comprimés, des rétrécissemens qui sont une cause habituelle de coliques et d'embarras dans le cours des matières stercorales. Placé dans les mêmes circonstances, l'épiploon conserve la forme que lui avaient donnée l'ouverture de la paroi abdominale, le collet du sac et les parties extérieures. Chez quelques sujets, ces tumeurs épiploïques se sont atrophiées dans le ventre, et ont fini par se résoudre; dans d'autres cas, elles ont comprimé, irrité les intestins, et déterminé des accidens graves. Si le canal intestinal avait contracté, soit avec lui-même, soit avec l'épiploon, des adhérences solides, elles persisteraient après la réduction, et pourraient gêner les fonctions digestives, ou même donner lieu à des étranglemens internes.

Relativement au sac herniaire, il rentre en même temps que les parties, lorsque la tumeur est petite et récente. Le péritoine abdominal revient alors sur lui-même, et reprend sa situation normale. Toutes les fois que l'enveloppe séreuse de la hernie n'a pas eu le temps de prendre une organisation conforme à sa destination nouvelle, on peut espérer sa disparition complète après la réduction de la tumeur. En effet, le péritoine, qui est doué d'élasticité, retire graduellement la poche qu'il formait, élargit le collet du sac, et en rapproche le fond de l'ouverture abdominale. Chez les sujets où la portion de l'enveloppe herniaire qu'embrassaient les aponévroses était déjà devenue dense et opaque, on a retrouvé à l'intérieur les vestiges de cette partie, sous la forme de stygmates rayonnés, disposés en cercle autour de l'orifice interne de l'ouverture à laquelle elle avait correspondu, et d'autant plus éloignée d'elle qu'une plus grande étendue de son sac herniaire était déjà rentrée. Ce mouvement rétrograde et l'épanouissement de la tunique péritonéale des hernies sont rendus difficiles ou même impossibles par les adhérences qu'elle a souvent contractées au dehors, et par la densité du col. L'ampliation de l'utérus, l'accumulation de la graisse entre le péritoine et les parois de l'abdomen, l'adhérence de l'intestin ou de l'épiploon au collet du sac, sont autant de causes qui peuvent déterminer la réduction de celui-ci, sans altérer la forme qui

lui est propre. C'est ainsi qu'on a trouvé d'anciens sacs placés entre le péritoine et le muscle transverse, non loin des ouvertures par lesquelles des hernies étaient sorties; d'autres avaient été attirés jusque sur la vessie, le cœcum ou d'autres organes. L'enveloppe séreuse des hernies anciennes reste presque toujours au dehors. Alors elle est susceptible de se remplir de sérosité, de pus, ou de disparaître entièrement par l'adossement de ses parois opposées et sa conversion en tissu cellulaire. L'oblitération a quelquefois lieu, au contraire, par la coarctation graduelle des parois du sac, et par l'action des tissus voisins qui tendent à se rapprocher de plus en plus. Cette action peut avoir enfin pour effet de repousser et de pelotonner, au devant de l'ouverture par laquelle il est sorti, le prolongement péritonéal des hernies réduites; on le trouve quelquefois replié sur lui-même à cet endroit, et prêt à recevoir de nouveau les viscères, s'ils pouvaient sortir.

Après la réduction des hernies, les tissus extérieurs qu'elles avaient écartés reprennent leur situation normale; ils se rapprochent, s'unissent, et toutes ces traces de la maladie disparaissent. Long-temps encore après la rentrée de la tumeur, on trouve cependant chez quelques sujets une sorte de cavité à parois adossées, formée par les lames celluleuses rapprochées et non réunies. Ces cavités, comme celles des sacs herniaires, s'oblitèrent enfin, ou elles deviennent le siége, soit de collections de liquides divers, soit de transformations organiques variées.

Les irritations dont le péritoine qui revêt immédiatement les viscères abdominaux et celui qui forme le sac herniaire sont fréquemment le siège, laissent presque toujours à leur suite des adhérences qui unissent entre elles ces diverses parties. Ces adhérences sont filamenteuses ou immédiates; parmi ces dernières, il faut distinguer celles qui sont couenneuses et molles de celles qui sont solides et celluleuses. Cette classification nous semble plus méthodique et plus simple que celles de Richter et de Scarpa. Les adhérences filamenteuses se présentent ordinairement sous la forme de filets celluleux plus ou moins longs, tantôt grêles et isolés, tantôt volumineux et rapprochés les uns des autres. Les parties auxquelles ces filamens s'attachent, peuvent glisser les unes sur les autres, et s'écarter à une distance marquée par la longueur du moyen d'union placé entre elles. Les adhérences immédiates fixent au contraire les organes de manière à ne leur permettre aucun mouvement; les surfaces qu'elles réunissent sont accolées, et ne sauraient se séparer. Mais celles de ces adhérences qui sont molles et couenneuses, n'ayant pas encore acquis le complément de leur organisation, peuvent être aisément déchirées et détruites au moyen des doigts ou du manche d'un scalpel: elles ne sau-

raient résister à une traction un peu forte. Les adhérences celluleuses et immédiates ont au contraire une texture serrée; un tissu lamineux à mailles solides les constitue, et, pour les détruire, l'instrument tranchant et une dissection longue et délicate seraient nécessaires. Souvent elles réunissent les parties si intimement, qu'il serait fort difficile de les séparer sans s'exposer à les entamer avec le scalpel.

Les membranes anormales, qui constituent les adhérences dans les hernies, peuvent s'étendre isolément sur les organes abdominaux ou à la face interne du sac herniaire; mais, le plus souvent, elles envahissent en même temps les unes et les autres de ces parties. Dans le premier cas, les intestins et l'épiploon, seuls ou réunis, sont agglomérés en une seule masse, qui est libre au milieu de l'enveloppe séreuse de la tumeur; dans le second, la tunique péritonéale de la hernie est plus ou moins épaisse. Quelquefois encore la membrane anormale se détache de la surface interne du sac herniaire, et se précipite au fond de la poche qu'il constitue, où elle se mêle à de la sérosité et se détruit. Enfin, lorsque les viscères et le sac sont envahis à la fois, toutes ces parties se réunissent et, chez certains sujets, se confondent au point qu'il est presque impossible de parvenir jusqu'aux intestins sans les ouvrir.

Il serait fort important de reconnaître, par le toucher, les adhérences qui existent dans les tumeurs herniaires. Arnaud a tenté, non-seulement d'établir le diagnostic de ces complications, mais de faire distinguer chacune de leurs espèces. Il suffit de parcourir ce que ce praticien et ceux qui l'ont imité ont écrit sur ce sujet, pour se convaincre de l'impossibilité absolue où l'on est de reconnaître positivement, avant l'opération, la présence de membranes anormales dans les hernies. L'ancienneté de la tumeur, et l'usage de brayers mal faits qui la comprimaient sans la contenir, sont des circonstances qui favorisent, mais qui ne peuvent démontrer l'établissement des adhérences dans les hernies. La réductibilité d'une partie de la tumeur, tandis que l'autre refuse de franchir l'ouverture abdominale, n'est propre non plus qu'à faire présumer l'existence de liens membraneux entre les viscères et le sac; car ce phénomène dépend assez souvent de toute autre cause que de celle qui nous occupe. Quelques chirurgiens ont cependant attaché une grande importance aux phénomènes produits par les adhérences des viscères déplacés au sac herniaire. Ils ont même été jusqu'à recommander l'opération afin de la détruire et de mettre les malades à l'abri des dangers dont elles peuvent être la source. Sharp et Richter ont vu cette opération devenir funeste à plusieurs malades, et l'on conçoit, en effet, que, ne pouvant connaître *à priori*, ni la nature, ni le siége des adhé-

rences que l'on croit exister, il doit arriver ou que le chirurgien soit obligé de les abandonner, ou que des dissections dangereuses deviennent nécessaires pour les détruire. Mais il serait inutile de combattre plus longuement des erreurs de ce genre; elles ne comptent plus aujourd'hui de partisans; et toutes les fois que les hernies ne sont pas étranglées, on les traite au moyen du bandage, qu'elles soient ou non compliquées d'adhérences.

Les accidens occasionés par les hernies simples, de médiocre volume, et qui ne sont pas trop resserrées par l'orifice abdominal où par le collet du sac, ne présentent ordinairement aucune gravité. Quelques désordres dans la digestion, des coliques médiocrement vives, un sentiment de gêne et d'embarras, produit par l'abord des matières stercorales dans la tumeur, tels sont les phénomènes qui accompagnent les hernies intestinales, et qui sont d'autant plus intenses et plus souvent renouvelés, que la tumeur est plus ancienne, plus volumineuse, et que le sujet fait usage d'une plus grande quantité d'alimens. Dans les hernies épiploïques, les malades éprouvent, après le repas, quelques tiraillemens à l'estomac et de la difficulté à porter le tronc en arrière; mais ces accidens ne se manifestent que dans les épiplocèles volumineuses, et dans celles où l'épiploon, ayant contracté des adhérences avec les parois du sac, éprouve un allongement considérable pendant la réplétion de l'estomac.

C'est de l'inflammation intestinale ou épiploïque que dépendent tous les accidens graves des hernies. Cette phlegmasie reconnaît des causes variées. Tantôt elle est la suite de percussions ou de contusions éprouvées par les organes déplacés; tantôt elle résulte de la gêne que ces organes éprouvent dans les hernies anciennes, ou de l'accumulation de gaz, de matières stercorales, de corps étrangers dans l'intestin incarcéré; tantôt enfin, elle est le résultat de la constriction exercée par les enveloppes ou par le collet de la tumeur sur les parties qu'elle renferme. Indépendamment de la délicatesse et de l'importance des organes qui forment les hernies abdominales, ce qui augmente le danger des inflammations dont ces organes sont le siége pendant leur déplacement, c'est la constriction ou l'étranglement qu'ils éprouvent presque toujours alors, qui donne de nouvelles forces à l'irritation et aux accidens qu'elle entraîne. Mais cette constriction n'est pas toujours, ainsi qu'on l'a cru pendant long-temps, la cause unique et primitive de tous les accidens. Chez quelques sujets, au contraire, elle n'est que secondaire; c'est-à-dire que l'étranglement n'a lieu qu'à raison du gonflement de l'organe, irrité par l'afflux des liquides, et qui devient trop volumineux pour être contenu dans les parties peu extensibles qui l'entourent.

Goursaud et ses successeurs ont divisé tous les accidens des hernies en ceux qui dépendent de l'engouement, et en ceux qui sont le résultat de l'étranglement des intestins déplacés. Mais il est évident que cette classification n'embrasse qu'une partie des causes susceptibles de déterminer l'inflammation intestinale dans les tumeurs herniaires. Dans l'un et dans l'autre des cas qu'elle comprend, le cours des matières fécales est également interrompu dans la hernie, et les accidens sont de même nature, à leur acuité et à leur intensité près. Scarpa, Delpech, Lawrence et quelques autres, sentant les vices de la division de Goursaud, distinguèrent l'étranglement en deux variétés : l'étranglement aigu et l'étranglement chronique. Cette manière de considérer les accidens de la hernie n'est pas plus méthodique et plus exacte que l'autre ; car, en l'adoptant, on ne tient pas compte des irritations qui précèdent l'étranglement, ou qui se manifestent sans que la constriction des parties les complique. L'inflammation est, dans tous les cas, le phénomène fondamental de la maladie ; c'est elle qui détermine tous les accidens secondaires ; il faut donc la prendre pour base de toutes les distinctions à établir entre les lésions dont elle est la source. Nous diviserons donc les lésions dont les hernies peuvent être le siége en deux sections, dont l'une comprendra les inflammations lentes ou chroniques, et les autres phlegmasies aiguës dont les organes incarcérés peuvent être le siége. En parcourant successivement les causes diverses de ces affections, nous indiquerons les modifications que chacune d'elles produit dans les phénomènes qui les caractérisent.

Dans les entérocèles anciennes, volumineuses et non réductibles, des douleurs assez vives surviennent fréquemment quelques heures après le repas : ces douleurs, qu'une longue station, des marches forcées, ou des efforts violens déterminent presque toujours, sont suivies de nausées, de vomissemens, d'un sentiment intérieur de faiblesse et de défaillance, qui dépendent de la gêne extrême qu'éprouve l'intestin incarcéré. Si l'on examine alors la hernie, on la trouve en effet plus volumineuse, plus rénitente, plus sensible que dans l'état ordinaire : il est évident qu'elle est remplie de matières stercorales ou gazeuses, qui distendent l'intestin, l'irritent, et ne peuvent que difficilement passer dans le bout inférieur du canal digestif. Cet embarras n'est cependant pas assez considérable pour ne pouvoir être surmonté : quelques boissons délayantes, le repos, des frictions ou de douces pressions exercées sur la tumeur, des lavemens émolliens, suffisent ordinairement pour dissiper ce premier degré d'irritation et d'engouement. Mais la répétition

fréquente de ces accidens, les indigestions qui les accompagnent, les irritations gastro-intestinales qu'ils laissent après eux, entraînent l'amaigrissement du sujet et la diminution graduelle des forces. Aussi rencontre-t-on un assez grand nombre de malades chez lesquels des hernies, abandonnées à elles-mêmes, ont déterminé, avec une gastro-entérite chronique, un affaiblissement extraordinaire, et un état plus ou moins avancé de marasme.

Lorsque les causes des embarras intestinaux dont nous venons de parler sont plus violentes, les accidens qu'elles déterminent ont plus d'intensité, et se dissipent plus difficilement. Qu'une grande quantité de matières fécales arrive à la fois dans un intestin irrité, dont les tuniques sont affaiblies, ainsi qu'on l'observe dans les hernies considérables et anciennes, alors l'organe se laisse distendre autant que le permettent son extensibilité et la résistance du sac herniaire et des parties voisines. Ralenti d'abord, le cours des matières fécales est bientôt arrêté, et le bout supérieur de l'intestin partage l'extension et l'irritation de celui qui forme la hernie. Dans les premiers instans, celle-ci est molle; mais elle devient bientôt d'autant plus rénitente que sa distension fait plus de progrès. Obscures dans le principe, les douleurs acquièrent graduellement plus de violence; les coliques s'étendent successivement de la tumeur au reste du ventre; des nausées, des envies de vomir, des vomissemens surviennent. Les matières rendues, d'abord chymeuses, et ensuite bilieuses et muqueuses, sont bientôt entièrement stercorales. Après un temps plus ou moins long, et qui varie depuis un ou deux jours jusqu'à quinze à vingt, les intestins incarcérés, fatigués, dilatés et irrités, s'enflamment, et réagissant avec force contre les parois du sac et de son col, se trouvent comprimés et étranglés par ces parties. Alors la scène change. La tumeur, d'indolente qu'elle était, devient très-douloureuse au toucher; le ventre est tendu, et sensible à la plus légère pression; les hoquets, les vomissemens se succèdent avec rapidité; une agitation considérable se manifeste; le pouls, qui offrait à peine quelqu'altération, devient petit, vif et fréquent. Ces accidens tardent d'autant plus long-temps à paraître, que le sujet est plus âgé et moins irritable; que l'ouverture abdominale ou le collet du sac, plus large, interrompt plus difficilement le cours des matières intestinales; enfin que l'intestin est moins disposé à contracter une vive inflammation. Mais aussi, lorsque celle-ci survient enfin, ses progrès sont rapides, au milieu de parties engorgées par des substances irritantes et très-putrescibles, et la gangrène la termine en peu de jours, quelquefois même en peu d'heures.

Des corps étrangers, tels que des noyaux de cerises, des vers intestinaux ou d'autres matières analogues, ont quelquefois obstrué la portion du canal digestif qui constitue la hernie, et provoqué l'apparition des phénomènes qui viennent d'être décrits.

Parmi les causes susceptibles de provoquer l'inflammation vive et aiguë de l'intestin déplacé, indépendamment de toute constriction exercée sur lui, on doit ranger les coups portés sur la hernie; les corps étrangers aigus, tels qu'une arête de poisson, une pièce d'os, des aiguilles, etc, arrêtés dans le tumeur; les irritations gastro-intestinales qui, propagées le long du canal digestif jusqu'à la portion incarcérée, y déterminent des phénomènes d'autant plus graves que cette portion était déjà le siége d'une irritation antérieure plus ou moins vive. C'est ainsi que Richter admettait l'existence d'étranglemens bilieux, muqueux, vermineux et autres. Quant à la constriction qu'il attribue au resserrement actif des fibres aponévrotiques sur les parties qu'elles embrassent, cette cause d'inflammation est entièrement chimérique.

L'étranglement dans les hernies peut à son tour être déterminé de plusieurs manières. Le plus ordinairement, cet accident résulte d'un effort durant lequel de nouvelles parties sont poussées dans la tumeur. Alors, l'ouverture abdominale, le collet du sac, ou les autres rétrécissemens accidentels du sac herniaire se laissent distendre momentanément pour admettre ce surcroît de matières; mais revenant bientôt sur eux-mêmes, ils compriment avec plus ou moins de force ce qu'ils ont laissé passer d'abord. Les efforts de la toux, ceux du vomissement, les chutes, et en général toutes les actions susceptibles de déterminer l'apparition des hernies, peuvent aussi provoquer l'étranglement de celles qui sont déjà formées.

Que l'organe, primitivement irrité, ne soit comprimé qu'à raison de l'augmentation de volume que l'inflammation détermine dans son tissu, ou que la compression soit la cause première de la phlogose, une fois que l'étranglement est établi, des accidens très-graves se manifestent. Une vive douleur se fait sentir d'abord dans la hernie, qu'il est souvent à peine possible de toucher. La tumeur se durcit, augmente un peu de volume; le ventre, resserré et contracté, partage en peu de temps la sensibilité des viscères qui sont au dehors. Les nausées, les hoquets, les vomissemens se manifestent et se succèdent avec rapidité. L'agitation devient extrême; le pouls est fréquent, petit, dur, enfoncé; les fonctions intellectuelles sont abattues, et les forces défaillantes. Les matières vomies sont moins abondantes que dans le cas précédent; mais les efforts sont plus répétés, plus violens; le mouvement antipéristaltique

de l'intestin étant plus vif et plus intense, les matières fécales sont plus tôt rendues par le vomissement. Ces matières, jaunâtres, liquides, entremêlées de substances alimentaires non encore altérées, ont à un degré d'autant plus haut l'aspect et l'odeur qui les distinguent, qu'elles parviennent d'un point du canal digestif plus éloigné de l'estomac. Aussi peuvent-elles, jusqu'à un certain point, servir à déterminer la position de la portion du tube intestinal qui est incarcérée.

La constipation est un des caractères les plus constans et les plus remarquables des inflammations avec étranglement du canal alimentaire. Cependant elle n'est quelquefois absolue, ni dans les cas de phlogose lente, lorsque la constriction exercée sur l'intestin est peu considérable, ni dans les étranglemens proprement dits, quand une faible partie de la convexité de l'organe est seule comprimée par le collet du sac ou par l'ouverture des parois abdominales. Il ne faut pas oublier toutefois que l'on trouve beaucoup d'exemples dans les observateurs de constipation absolue et d'accidens mortels produits par le simple pincement d'un appendice intestinal ou d'une petite portion de la convexité de l'intestin. Dans tous les cas, l'absence de la constipation est toujours une circonstance très-heureuse pour le malade; car, quelques matières pouvant encore se glisser au-delà de l'obstacle, l'engorgement du bout supérieur de l'intestin est moins considérable, l'agitation moins grande, les nausées et les vomissemens moins rapprochés et moins violens. L'inflammation aiguë produite par l'étranglement, ou compliquée de cet accident, est, au reste, d'autant plus rapide dans sa marche, plus violente dans les phénomènes locaux et généraux qui l'accompagnent, que le sujet est plus jeune, plus vigoureux, plus irritable, et que l'intestin se trouve serré avec plus de force par les organes qui l'étreignent.

Les inflammations de l'épiploon dans les hernies sont moins fréquentes que celles de l'intestin, parce que moins de causes d'irritation agissent sur le premier que sur le second de ces organes. Elles peuvent également précéder ou suivre l'étranglement. Dans l'un et l'autre cas, leurs symptômes ont moins de violence et de gravité que lorsque le canal intestinal est affecté. La douleur et le gonflement de la hernie se manifestent cependant; le ventre se tend et devient sensible à la moindre pression; mais le canal intestinal n'est affecté que par sympathie : la constipation est rarement complète et opiniâtre, et les vomissemens ne donnent pas, chez le plus grand nombre des sujets, issue aux matières stercorales. Le pouls, quoiqu'abdominal, est moins petit, et les forces moins abattues que dans les inflammations de l'intestin.

L'étranglement produit des effets remarquables, et sur les

parties comprimées, et sur les tissus qui exercent la constriction. Les premières se tuméfient de plus en plus, deviennent rouges et même noires. Toutes les membranes de l'intestin, et surtout la membrane muqueuse, partagent cette coloration. Il s'opère, dans la cavité intestinale, une exhalation sanguinolente qui, pour le dire en passant, est en tout semblable à celle que l'on trouve quelquefois à la suite des entérites aiguës, et que quelques médecins considèrent comme les résultats d'une transsudation cadavérique. Plus l'intestin fait effort pour se tuméfier, plus il distend avec violence le contour des ouvertures abdominales ou des rétrécissemens du sac herniaire qui l'embrassent. Ces parties souffrent autant de la distension dont elles sont le siége, qu'elles font souffrir l'intestin par la compression qu'elles exercent sur lui. Aussi leur inflammation succède-t-elle presque toujours à celle des organes renfermés dans la tumeur, et la rougeur ainsi que la tuméfaction se propagent jusqu'à la peau. Lorque la gangrène survient, elle frappe le plus ordinairement et les organes comprimés et les parties comprimantes.

Toutes les fois qu'une hernie enflammée est étranglée, il importe d'avoir une idée précise du siége de la constriction exercée sur les viscères. Cette constriction peut avoir lieu dans tous les endroits où les organes qui forment la tumeur sont resserrés. Ainsi, dans les hernies récentes et formées subitement, elle dépend de la rétraction des fibres aponévrotiques qui embrassent les viscères. Lorsque la hernie est ancienne, au contraire, les bandes fibreuses s'étant affaiblies, et le collet du sac ayant acquis de l'épaisseur et de la solidité, cette dernière partie comprime presque toujours les organes qu'elle entoure. Littre, Nuck, Ledran, Scarpa, et beaucoup d'autres praticiens, ont mis depuis long-temps cette vérité hors de doute. Dans quelques cas, l'ouverture aponévrotique et le collet du sac semblent concourir également à la constriction des viscères. L'étranglement peut encore avoir son siége dans les rétrécissemens des sacs en chapelet, dans les ouvertures de communication des sacs multiloculaires, dans les déchirures de ces organes, enfin dans les orifices par lesquels ils communiquent quelquefois avec la tunique vaginale ou avec la cavité d'une hydrocèle. Des brides, des adhérences entre l'intestin, l'épiploon et les parois du sac, occasionent fréquemment l'accident qui nous occupe. L'entortillement de l'épiploon autour de l'intestin, la compression de celui-ci par les tumeurs squirreuses que l'autre forme souvent, sont autant de causes qui peuvent produire le même résultat. Une anse intestinale a été quelquefois trouvée coiffée par une lame épiploïque, et étranglée dans cette poche accidentelle. Enfin Arnaud, Bau-

deloque, Callisen et Scarpa citent des exemples d'étranglemens produits par la déchirure de l'épiploon, à travers laquelle l'intestin s'était engagé. La combinaison de ces dispositions deux à deux, trois à trois, sont autant de circonstances qui font varier presqu'à l'infini les modifications dont les hernies sont susceptibles, et qui rendent l'opération que ces maladies réclament si souvent, une de celles de la chirurgie qui sont les plus délicates, les plus fécondes en incidens nouveaux et inattendus, une de celles enfin qui sont le plus propres à faire briller la dextérité et la sagacité du praticien.

Il serait à désirer que l'on possédât des signes propres à faire reconnaître, avant l'opération d'une hernie, le siége de l'étranglement. Mais les présomptions tirées de l'ancienneté de la tumêur, de sa facile réduction avant l'accident, de l'absence de toute espèce de tension à l'ouverture abdominale, tels sont les indices, souvent incertains, qui annoncent que la constriction est opérée par le collet du sac. On peut également présumer que l'étranglement a lieu vers le fond de la tumeur, lorsque sa partie supérieure est molle et peu douloureuse, tandis que son fond est tendu, et ne peut être touché. Mais on est réduit, dans le plus grand nombre des cas, à découvrir d'abord les parties, et à se laisser guider ensuite par les dispositions que l'on aperçoit.

S'il est difficile de distinguer le siége de la constriction dans une hernie, il ne l'est quelquefois pas moins de décider si de violentes irritations gastro-intestinales sont étrangères aux tumeurs herniaires, ou dépendent de leur inflammation et de leur étranglement. Assez souvent les coliques, les nausées, les vomissemens qui sont le résultat des entérites très-violentes, sont accompagnés du gonflement de la hernie, et d'une douleur plus ou moins vive dans les parties qu'elle renferme. Pott cite plusieurs exemples de méprises qui ont consisté à opérer, dans ce cas, des personnes qui n'en avaient pas besoin. On parviendra, toutefois, à éclairer ce point du diagnostic, en se rappelant que, dans les cas d'entérite étrangère à la hernie, la douleur est née dans le ventre, et non dans la tumeur; que celle-ci est molle et à peine sensible, alors que l'autre est dur et tendu; enfin que l'ouverture abdominale traversée par les viscères, est libre et exempte de douleur et de tension. La réunion de ces signes ne peut manquer de démontrer que les accidens dépendent de l'irritation de la portion d'intestin renfermée dans le ventre, et non de la phlogose de celle qui forme la hernie. Ces phénomènes sont également propres à faire distinguer, lorsqu'il y a deux hernies, celle qui est étranglée; et lorsque deux tumeurs herniaires ont été réduites et ne peuvent plus sortir, celle qui est le siége d'un étranglement interne. Enfin, tous les

viscères abdominaux recevant des filets du nerf trisplanchnique, leur inflammation se complique souvent de nausées, de hoquets, de vomissemens. Ces accidens accompagnent presque toujours les irritations aiguës du rein, de la vessie, du testitule et de son cordon. Lorsqu'ils surviennent chez les sujets affectés de hernie, ils peuvent jeter de l'incertitude sur le diagnostic, surtout lorsqu'on soupçonne l'existence d'un étranglement interne. *Voyez* INTESTIN.

Sur les sujets qui meurent à la suite des étranglemens intestinaux, on trouve la portion du canal digestif supérieure à la hernie, rouge, distendue, remplie de gaz et de matières stercorales liquides. Entre la tumeur et l'anus, l'intestin est rétréci et presque dans son état normal. Dans la hernie même, on trouve l'anse intestinale rouge, noire, rénitente, ou flétrie, grisâtre et gangrénée. Une sérosité roussâtre existe souvent dans le sac herniaire. Le péritoine tout entier est enflammé : les circonvolutions intestinales sont fréquemment réunies entre elles par une couche albumineuse plus ou moins épaisse; des vaisseaux sanguins nombreux et dilatés parcourent la surface de ces organes dans tous les sens : tout indique, en un mot, une entérite et une péritonite portées au plus haut dégré. A la suite des épiplocèles, lorsque la mort a lieu, ce qui est rare, on trouve la péritonite beaucoup plus violente que l'inflammation intestinale.

La gangrène est le résultat presqu'inévitable des inflammations herniaires, compliquées d'étranglement et abandonnées à elles-mêmes. Cette terminaison funeste de la maladie est annoncée par la cessation de la douleur locale, et par un état de calme qui a quelquefois été pris pour un phénomène favorable par des chirurgiens peu expérimentés. Le pouls faiblit alors, les forces s'éteignent rapidement, une couleur livide et cadavéreuse se répand sur le visage du malade, dont les traits grippés présentent l'image de ce que l'on a nommé la face hippocratique. Les nausées et les vomissemens diparaissent fréquemment, tandis que le hoquet devient plus fort. Une sueur froide couvre les tégumens; la tumeur, qui est insensible, molle et flasque, devient bleuâtre et même noire. Chez quelques sujets, la constriction exercée sur l'intestin venant à cesser, le bout supérieur chasse dans l'inférieur, à travers la hernie, les matières qui le distendent, et quelques évacuations ont lieu. Une fois commencée, la gangrène s'étend à un plus ou moins grand nombre de parties. Elle se borne quelquefois à former sur le tube intestinal des plaques grisâtres, flétries, insensibles, plus ou moins larges et multipliées. Dans d'autres circonstances, elles s'étend à toute la portion d'intestin comprise dans la tumeur, et s'arrête à l'endroit de l'étranglement

où des adhérences salutaires fixent presque toujours le canal, et empêchent les matières qu'il contient de s'épancher dans le ventre. Chez quelques malades enfin, la mortification se propage jusqu'à l'intérieur de l'abdomen, et un épanchement mortel de matières fécales doit presqu'inévitablement succéder à la chute ou à la rupture des escarres.

Lorsque, dans les cas les plus heureux, le sujet ne succombe pas à la violence des douleurs, à l'intensité de l'irritation gastro-intestinale, et à la prostration des forces, qui accompagne la gangrène, l'intestin se déchire, laisse échapper dans le sac herniaire les matières qu'il contient, et un vaste abcès gangréneux s'empare de la hernie. On a vu alors l'évacuation des matières fécales au dehors donner lieu à un soulagement subit, les actions vitales se rétablir, et le pouls reprendre son état normal. La gangrène s'étant bornée, une suppuration de bonne nature a succédé à l'ichor sanieux et putride que fournissait la plaie. Celle-ci s'est graduellement rétrécie, et, de tous les désordres primitifs, il ne reste plus qu'un anus anormal, ou une fistule stercorale, qui même quelquefois se cicatrisent spontanément. Fabrice, de Hilden, J.-L. Petit, Louis et plusieurs praticiens de nos jours, rapportent des observations de ce genre. L'expérience a prouvé que, dans les cas dont il s'agit, il ne faut pas juger de l'étendue du danger par la violence de la gangrène extérieure : on a vu celle-ci être très-considérable alors que l'intestin n'était percé que dans une fort petite étendue.

Le praticien doit être très-circonspect dans le pronostic qu'il est souvent appelé à prononcer sur les hernies. Chez les enfans, ces maladies sont moins graves que chez les adultes : faciles à réduire et à contenir, on les voit souvent alors guérir radicalement par la seule application du bandage. Chez les sujets jeunes, les hernies d'un médiocre volume, qu'aucun accident n'accompagne et qui sont réductibles, constituent moins une maladie qu'une incommodité, pour laquelle il faut s'astreindre à porter continuellement un bandage. Les tumeurs herniaires volumineuses irréductibles constituent des lésions toujours dangereuses, en ce qu'elles peuvent à chaque instant devenir le siége d'une inflammation. La gravité de la maladie est plus grande encore lorsque des phénomènes d'embarras intestinal et d'irritation se sont déjà plusieurs fois manifestés. Les épiplocèles ne sont pas aussi souvent accompagnées d'accidens que les entérocèles, et lorsqu'elles s'étranglent, il est rare qu'elles occasionent la mort. La suppuration et la gangrène de l'épiploon peuvent avoir lieu sans compromettre beaucoup la vie du sujet. Dans les entéro-épiplocèles, cet organe étant mou et moins sensible que l'intestin, protége celui-ci, et rend,

lorsqu'il est comprimé en même temps que lui, son incarcération moins dangereuse. Enfin, l'inflammation avec étranglement des intestins déplacés est toujours une affection d'autant plus dangereuse qu'elle est plus violente, que le sujet est plus jeune et plus vigoureux, la hernie plus petite, et la constriction exercée par une ouverture plus solide et plus étroite. La gangrène des intestins, dans les hernies, entraîne le plus ordinairement la mort des sujets.

Les indications thérapeutiques que présentent les hernies réductibles sont peu nombreuses, et le traitement que ces maladies réclament est, en général, fort simple. Réduire la tumeur et maintenir les viscères dans le ventre, tel est le but que le praticien doit se proposer alors d'atteindre; l'opération du taxis et l'application d'un bandage, tels sont les moyens dont l'expérience a, dans ces occasions, consacré l'utilité. Toutes les hernies, malgré leur peu de volume et l'absence de tout accident, exigent l'application de ces moyens. Les plus simples d'entre ces maladies sont encore incommodes, et le bandage est le seul moyen qui mette le sujet à l'abri de leur développement ultérieur, des adhérences qu'elles sont susceptibles de contracter, des inflammations et des étranglemens que peuvent à chaque instant y déterminer les plus légers écarts de régime, les fatigues et les efforts les moins considérables. Un homme atteint de hernie n'est pas toujours un homme actuellement malade, mais on doit le considérer comme étant soumis à une cause prédisposante fort active des affections les plus graves. C'est cette prédisposition qu'il s'agit de combattre; ce sont les accidens de phlogose et de constriction qu'il faut prévenir par la réduction et par la contention des viscères, dans tous les cas de tumeurs formées par eux.

Il est inutile de faire longuement l'histoire des moyens proposés dans des siècles d'ignorance et de barbarie pour la guérison des hernies; le temps a fait justice de ces moyens, et l'époque est heureusement arrivée où l'on peut se dispenser de les décrire. L'opération de la hernie, la ligature ou l'excision du sac herniaire; les scarifications ou les cautérisations des ouvertures abdominales dilatées; l'application des caustiques sur l'endroit d'où la hernie sortait, sont autant de moyens qu'il suffit d'indiquer pour que l'on en comprenne toute l'insuffisance et tout le danger. L'emplâtre *contra rupturam*, les applications astringentes, les catasplasmes faits avec la folle-fleur de tan macérée dans le vinaigre, l'alcali volatil, et mille autres moyens du même genre, prônés par le charlatanisme le plus grossier, restent, sans action réelle, sur les ouvertures de l'abdomen. On s'étonne que ces moyens soient encore distribués au peuple, sous les yeux de l'autorité; car,

non-seulement ils sont inutiles, mais, en éloignant les sujets de l'emploi de moyens plus rationnels et plus efficaces, en leur inspirant une fausse sécurité, ils les exposent à tous les dangers de l'inflammation et de l'étranglement des hernies.

Il faut donc, nous le répétons, se borner à réduire et à contenir les tumeurs herniaires. Souvent la compression habituelle exercée sur l'orifice fibreux qui leur livrait passage, détermine le resserrement de cet orifice, et procure, chez les enfans, les adolescens ou même les sujets adultes, dont les hernies sont récentes et accidentelles, la guérison radicale de la maladie. Des adhérences, établies souvent entre l'intestin ou l'épiploon et l'extrémité abdominale du collet du sac herniaire, favorisent ce résultat, et s'opposent invinciblement à l'issue de toute partie nouvelle. Dans les tumeurs réductibles, ni le taxis, ni l'application du bandage, ne présentent de difficultés; mais il vaudrait mieux ne faire usage d'aucun moyen de contention, que de porter un bandage mal fait : celui-ci ajoute, au danger de la hernie, qu'il contient mal, celui de pressions continuelles, qui altèrent le tissu celluleux, rétrécissent fréquemment le sac, et augmentent l'irritation dont les viscères déplacés sont presque toujours le siége. On a vu même des instrumens de ce genre occasioner tous les accidens de la phlogose et de l'étranglement des hernies. Pour être convenable, le bandage doit comprimer l'abdomen dans une direction perpendiculaire à celle de l'ouverture par laquelle sortent les viscères; fixé d'une manière invariable autour du corps, et ne gênant ni les mouvemens variés du tronc, ni le développement du ventre, son contour ne doit exercer aucune pression douloureuse, et il convient que sa pelotte, assez convexe pour s'appliquer exactement aux parties, soit trop peu saillante pour s'engager elle-même dans l'ouverture abdominale, dont elle distenderait et affaiblirait le contour. La compression qu'elle exerce doit être assez puissante pour s'opposer, dans tous les temps, à l'issue des viscères; mais toute force supérieure à celle qui suffit pour obtenir ce résultat, fatiguerait le malade en pure perte, et, agissant trop violemment sur les parties, les jeterait dans un état de débilité qui augmenterait la disposition qu'elles ont déjà à se laisser traverser par les viscères. Pour bien construire les bandages herniaires, il faut donc posséder des connaissances anatomiques et chirurgicales, exactes et variées; aussi, peu de personnes ont aussi bien que Verdier saisi les indications que présentent les diverses hernies, et varient aussi heureusement que cet habile chirurgien les moyens mécaniques nécessaires pour les contenir.

Le bandage est nécessaire, non-seulement contre les hernies développées à l'extérieur, mais il convient d'y avoir recours,

au moins pendant la journée, chez les sujets qui sont éminemment disposés à ces affections, et dont les ouvertures abdominales commencent à admettre les viscères. Il prévient sûrement alors l'apparition de la tumeur et tous les accidens qu'elle pourrait entraîner. Chez les sujets adultes, le bandage herniaire ne doit jamais être quitté; il suffit souvent de la plus légère omission à ce précepte pour faire reparaître la hernie, qui s'étrangle d'autant plus facilement, que l'effort est plus considérable, et qu'elle arrive dans un sac dont les parois et le collet sont devenus plus denses par une compression prolongée. Lorsque l'on a lieu d'espérer la guérison complète de la maladie, ce n'est qu'après plusieurs années, et avec de grandes précautions, qu'il faut abandonner le bandage, le remettant pendant tous les exercices violens, et soutenant, pendant les efforts de la toux, de la défécation et autres du même genre, l'ouverture qui a livré passage aux viscères. Des bains froids, des exercices modérés, tout ce qui peut augmenter la force des tissus vivans, conviennent alors, et favorisent, avec le resserrement des parties fibreuses, la cure radicale de la maladie.

Dans les hernies anciennes, volumineuses, que l'on croit compliquées d'adhérences ou de développement trop considérable des parties au dehors, et qui sont, par conséquent, irréductibles, on a obtenu d'excellens effets de la situation horizontale prolongée et d'un régime sévère. Ces moyens, aidés d'une compression habituelle exercée sur la tumeur, et d'efforts de réduction fréquemment réitérés, afin de faire rentrer les parties à mesure, ou qu'elles diminuent de volume, ou que leurs adhérences s'allongent, ont suffi, chez beaucoup de sujets, pour faire rentrer graduellement des parties qui semblaient, au premier abord, devoir toujours rester hors de l'abdomen. On a employé les mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur, dans l'intention de hâter les progrès de la guérison; mais les premiers n'agissent que comme des purgatifs, et en hâtant l'amaigrissement général; les autres sont absolument sans efficacité. Lorsque la tumeur est parvenue au point de pouvoir être reçue dans une pelotte concave, il faut la contenir par ce moyen. En diminuant graduellement la profondeur de cette pelotte, par l'addition de petites compresses dans sa cavité, on achève de faire rentrer les derniers restes de la tumeur, qui parvient à pouvoir être enfin contenue par un BRAYER ordinaire. Des faits récens démontrent que, dans les épiplocèles volumineuses et dans les entérocèles adhérentes, les douches froides, dirigées avec précaution sur la tumeur, hâtent singulièrement sa disparition, en provoquant la rétraction des parties qu'elle renferme.

Si la réduction d'une hernie volumineuse était suivie de douleurs abdominales et d'accidens graves, il faudrait lever le bandage, provoquer sa sortie nouvelle, et faire usage du traitement que nous venons d'indiquer. Les coliques et les embarras, dont les vieilles hernies sont souvent le siége ou la cause déterminante, disparaissent presque toujours, lorsque la tumeur est convenablement soutenue. L'attention de ne pas trop manger, des exercices modérés, l'usage de lavemens émolliens, tels sont les moyens hygiéniques qui achèvent d'éloigner la plupart des accidens de ce genre. Ce traitement est celui que nécessite aussi l'accumulation de matières fécales, de gaz stercoraux, ou de corps étrangers, inertes et arrondis, tels que des noyaux de cerises dans la hernie. Il faut alors recourir aussi à des malaxations, au moyen desquelles on cherche à vider la tumeur, en même temps que, par des lavemens purgatifs, on s'efforce de provoquer les contractions intestinales. La diète, quelques boissons délayantes et laxatives, prises en petite quantité à la fois, favorisent assez puissamment l'heureuse issue de la maladie.

L'inflammation de l'intestin contenu dans une tumeur herniaire exige l'emploi des moyens thérapeutiques les plus puissans. Cette phlegmasie est-elle lente dans sa marche, accompagnée de phénomènes peu alarmans, et produite par l'accumulation de substances étrangères dans le tube intestinal; il faut recourir d'abord aux moyens précédemment indiqués. S'ils restent sans succès, l'expérience a fait connaître que les lavemens irritans, et spécialement ceux qui sont faits avec la décoction d'un gros de tabac en feuilles dans une pinte d'eau, jouissent de la plus grande efficacité. Ce moyen, qui est préférable à la fumée de tabac, dont l'injection exige un appareil fort compliqué, est éminemment propre à déterminer des contractions péristaltiques actives dans tout le canal intestinal. Monro, Heister, Lawrence et la plupart des chirurgiens de nos jours, le considèrent comme tellement efficace dans le cas d'engouement, que, suivant eux, on serait presque impardonnable d'opérer sans y avoir eu recours. Les suppositoires âcres, tels que ceux dans la composition desquels entrent le savon et l'aloës, agissent de la même manière que les lavemens de tabac, mais avec moins de force et, par conséquent, avec moins de sûreté.

Les topiques chauds et relâchans ne conviennent pas dans les cas d'irritation intestinale avec engouement. Par leur température, ces topiques ne sont propres qu'à dilater davantage les gaz que contient l'intestin, et ils ne sauraient avoir d'autre influence que celle d'accroître l'inertie de l'organe. Les topiques froids, et spécialement la glace pilée, renfermée dans

une vessie, a quelquefois réussi, au contraire, lorsque l'engouement était gazeux. Chéselden, Goulard, Schmucker, et d'autres praticiens, se louent beaucoup de son usage. Mais si son action, prolongée pendant six, huit ou quinze heures, n'est pas suivie de la réduction, il faut opérer, sans tarder davantage, car elle excite dans les parties une réaction qui hâtera le développement d'une violente inflammation intestinale. Pendant toute la durée du traitement de l'engouement, il convient de réitérer de temps à autre les efforts pour vider la tumeur; dans quelques cas, une pression continuelle, exercée, suivant le conseil de Wilmer, par des poids dont on a chargé la hernie, a quelquefois suffi pour dissiper l'engouement dont elle était le siége.

Ce traitement a pour objet principal de stimuler la partie inférieure du canal digestif, de provoquer des contractions expulsives dans la portion d'intestin qui forme la hernie, et de rendre aux matières stercorales leur cours habituel sans augmenter l'irritation de l'estomac et de la partie du tube intestinal qui est située entre lui et la tumeur. Ni les purgatifs administrés par la bouche, ni les vomitifs, ni les boissons stimulantes ne conviennent alors. Ces moyens augmentent l'embarras de la portion supérieure du canal digestif; ils l'irritent, y provoquent la sécrétion de mucosités abondantes, et rendent sa distension plus considérable. Ils ont cependant quelquefois réussi, en provoquant des contractions qui se sont étendues jusqu'à la hernie; mais dans les cas, beaucoup plus nombreux, où ils sont restés inefficaces, leur action a augmenté la phlogose intestinale et péritonéale, de telle sorte, qu'après leur administration, les accidens ont marché avec plus de rapidité, et que l'opération elle-même n'a fréquemment pu réussir. Il faut donc, suivant nous, s'abstenir de recourir à des médicamens qui font courir aux malades de tels dangers, et qui les placent dans l'alternative d'une guérison achetée par des efforts toujours pénibles, ou d'une augmentation, souvent funeste, des accidens.

L'inflammation intestinale de la hernie est-elle vive et compliquée d'étranglement, le traitement doit être entièrement borné à l'emploi des moyens antiphlogistiques. Que la constriction exercée sur les intestins soit primitive ou secondaire, il faut toujours s'efforcer d'abord de combattre l'irritation dont ces organes sont le siége. Une saignée abondante doit être d'abord pratiquée; des bains, des lavemens émolliens seront prescrits. La hernie sera couverte de sangsues, et ensuite de topiques émolliens. Ces médications ont pour premier effet de diminuer la violence des accidens, d'assouplir la tumeur, et de rendre moins vive la douleur dont elle est le siége.

Il convient d'insister sur leur emploi, et de recourir aux saignées générales et locales, autant que le permettent les forces du sujet, et que l'exige l'intensité des symptômes.

Les praticiens vulgaires, aussitôt qu'ils sont consultés pour une hernie étranglée, cherchent d'abord à la réduire au moyen des plus violens efforts. Cette habitude meurtrière n'a ordinairement d'autre résultat que de meurtrir les parties, d'accroître leur irritation, de les ecchymoser, et quelquefois de les rompre. Desault, qui avait porté à un si haut degré l'esprit d'observation dans la pratique chirurgicale, ne recourait jamais au taxis que quand les moyens antiphlogistiques généraux et locaux avaient, en diminuant le volume et l'inflammation des intestins, préparé le succès de cette opération. Richter déclarait déjà que jamais il n'avait vu faire rentrer les intestins étranglés, sans que les émolliens eussent rendu préalablement la constriction moins vive. Scarpa dit avec raison que l'un des plus grands obstacles au succès du taxis, consiste dans le volume trop considérable de la hernie au devant de l'obstacle, disposition qui fait que, dans les efforts de réduction, les parties tuméfiées agissent sur les bords de l'orifice abdominal, au lieu de s'engager dans l'ouverture ellemême. Or, quel autre moyen de faire disparaître cet inconvénient, que de rendre, à l'aide des antiphlogistiques, les viscères étranglés plus souples, moins sensibles et moins volumineux?

Lorsque, dans les étranglemens très-serrés, on recourt enfin au taxis, il convient d'y procéder avec ménagement; et, tout en s'efforçant de réduire les parties, il faut éviter de les froisser, de les contondre et de les meurtrir. Des accidens graves résultent souvent de tentatives mal dirigées, et l'on a vu la gangrène intestinale ne pas reconnaître d'autre cause. Nos prédécesseurs accordaient une grande confiance, dans le cas qui nous occupe, à la situation renversée du sujet. Ils le faisaient quelquefois soutenir pendant plusieurs heures la tête en bas et les pieds appuyés contre un mur, ou les jambes fixées sur les épaules d'un homme robuste, qui soutenait le tronc étendu sur son dos. Louis, Morand, Sharp, Bell, Heuermann, et quelques autres autres praticiens, se louent d'avoir eu recours à ces procédés, qui sont cependant presqu'entièrement tombés en désuétude, autant, sans doute, parce qu'ils sont fréquemment inefficaces, qu'à raison de la facilité avec laquelle on se décide à l'opération. La glace et les autres moyens analogues sont, dans le cas qui nous occupe, non-seulement inutiles, mais dangereux, ainsi que l'ont démontré Goursaud, Sharp et les observateurs les plus récens.

Les lavemens irritans, qui sont si utiles dans l'engouement

intestinal, conviennent peu dans l'inflammation vive avec étranglement de la hernie. Les purgatifs et les vomitifs placés dans l'estomac, doivent être proscrits. Quelques gouttes de boisson émolliente et acidule, destinées à tromper plutôt qu'à apaiser la soif, doivent seules être prescrites au malade, afin de ne pas augmenter, en surchargeant la partie supérieure du canal digestif, l'irritation et les mouvemens désordonnés dont il est le siége.

L'épiploon n'étant susceptible que d'inflammation et d'étranglement, c'est toujours au moyen des antiphlogistiques généraux et locaux qu'il convient de combattre les accidens dont il peut être la cause.

Faisons justice, en passant, du lait de soufre de Werlhof; de l'infusion des feuilles de nicotiane et de rhubarbe, conseillée par Richter; de l'eau végéto-minérale que prodiguait Garengeot; du mélange d'hydrochlorate, d'ammoniaque et de vinaigre, vanté par Pott; de la décoction de marjolaine, de pouillot et d'écorce de grenade dans le vinaigre, avec addition d'alun, à laquelle Vogel accordait tant d'importance, et d'une foule d'autres médicamens, internes ou externes, préconisés à diverses époques, et employés contre les hernies étranglées, par des praticiens plus ou moins célèbres.

Après avoir mis en usage sans succès les moyens de traitement les plus rationnels, et s'être convaincu de leur inefficacité, il faut, sans hésiter, recourir à l'opération. Une temporisation trop prolongée compromettrait, sans résultat, les jours du sujet. Saviard blâmait déjà ceux qui tardent trop à débrider, et ce n'est que depuis qu'ils ont imité les chirurgiens français, et qu'ils opèrent promptement, que les praticiens anglais obtiennent des succès nombreux dans le traitement des hernies étranglées. L'époque à laquelle il faut nécessairement opérer est, pour les hernies médiocrement irritées et engouées, celle où des symptômes de vive inflammation commencent à se manifester. Dans les hernies comprimées avec force, l'opération est d'autant plus promptement nécessaire, que les accidens sont plus violens et marchent avec plus de rapidité. Pott a vu la gangrène se manifester en huit heures. Lorsque les évacuations sanguines, les bains et les applications émollientes ne diminuent pas l'intensité des symptômes, il faut opérer sur-le-champ : l'irritation est portée à un très-haut degré, et les efforts du taxis sont presque toujours inutiles ou dangereux. On peut attendre, au contraire, quelque temps encore, lorsque les antiphlogistiques procurent un soulagement notable, et profiter de cet état de bien-être pour essayer quelques efforts de réduction; mais aussitôt que les accidens se renouvellent, il faut opérer. Ni les hoquets, ni les douleurs géné-

ralement répandues dans le ventre, ne sont des signes certains qui puissent indiquer, dans tous les cas, la nécessité actuelle de l'opération. Chez certains sujets, ces phénomènes se manifestent au début de la phlogose; chez d'autres, l'intestin est déjà gangréné lorsqu'ils surviennent. Il faut donc se diriger sur l'ensemble des accidens; il faut tenir compte du volume de la tumeur, de la force et du tempérament du sujet, de l'époque où les symptômes ont débuté, en un mot de tout ce qui peut éclairer le jugement du praticien.

L'opération de la hernie est encore indiquée, malgré l'extrême faiblesse du sujet et la probabilité de la gangrène. Cette opération, en effet, toutes les fois que le malade est capable de la supporter, loin d'aggraver sa situation, peut lui conserver la vie. C'est à tort que Delpech prétend qu'il ne faut pas opérer les hernies volumineuses et depuis long-temps irréductibles, et celles qui sont profondément situées. Un chirurgien habile ne peut-il pas toujours espérer de vaincre les difficultés de l'opération, et ne sera-t-il pas temps de laisser périr le malade, quand on aura vainement essayé de le sauver? Enfin, quand, ainsi que Ledran, Lafaye, Leblanc, Richter, Bell, Sabatier, Lobstein l'ont observé, la tumeur toute entière, étranglée par le collet du sac, est rentrée dans le ventre, à travers l'ouverture aponévrotique, et que les accidens continuent, il faut s'efforcer de faire sortir de nouveau la hernie, afin de l'opérer. Si l'on ne parvient pas à la reproduire, il faut opérer encore. On la trouve ordinairement dans l'abdomen, non loin de l'orifice par lequel elle est rentrée, et l'on parvient à l'attirer au dehors.

L'opération de la hernie a pour objet essentiel de faire cesser la compression exercée sur les organes digestifs enflammés. Trois procédés principaux ont été proposés pour exécuter cette opération; ils consistent : 1°. à inciser la paroi abdominale au-dessus de la hernie, à pénétrer dans la cavité du ventre, et à débrider de dedans en dehors; 2°. à découvrir et à débrider l'ouverture abdominale, sans intéresser le sac herniaire; 3°. à inciser toutes les enveloppes de la tumeur, avant d'opérer le débridement.

Il est facile de voir que le premier de ces procédés, déjà décrit par Rousset et Pigray, quoiqu'il ait été attribué par Heister à Cheselden, présente une foule de graves inconvéniens qui doivent le faire rejeter. Faire une incision aux tégumens, aux muscles et au péritoine de la paroi abdominale, à un travers de doigt au-dessus de l'origine de la hernie, et essayer ensuite d'attirer, par l'intérieur, l'intestin qui forme la tumeur, c'est agir en aveugle, et se mettre dans le cas de déchirer l'organe et de produire un épanchement mortel. Porter, lorsque l'étran-

glement est très-serré, la lame d'un bistouri de dedans en dehors, jusqu'à l'ouverture abdominale, c'est s'exposer à blesser l'intestin; et, en supposant que l'on réussît, il serait impossible de reconnaître l'état des organes renfermés dans le sac herniaire, et par conséquent de combattre les complications qu'ils présentent fréquemment.

Proposée par J.-L. Petit, et attaquée bientôt après par Mauchart, Heister, Ledran, Sharp, Bell, Fabre et Louis, l'incision au niveau de l'ouverture herniaire est facile à pratiquer. Une incision longitudinale, à l'origine de la hernie, suffit pour découvrir le collet du sac, à l'extérieur duquel on glisse une sonde cannelée et un bistouri, ou, mieux encore, un bistouri boutonné, avec lequel on débride. Ce procédé est fort simple, il est vrai; mais il est insuffisant toutes les fois que la constriction dépend du collet du sac. Il ne permet pas non plus de juger de l'état des viscères abdominaux, et de remédier aux affections nombreuses dont ils peuvent être atteints. Aussi n'est-il plus exécuté que dans les hernies anciennes, volumineuses, irréductibles, que l'on se propose de laisser au dehors. Alors le chirurgien, après avoir incisé les tégumens, ouvre le sac herniaire à son origine, débride son collet, ainsi que l'ouverture abdominale, et, après avoir débarrassé la hernie des matières qui l'engouaient, réunit les lèvres de la plaie. Une pression douce et continuelle achève de dissiper l'embarras intestinal, et la solution de continuité se cicatrise ordinairement en un temps fort court.

L'opération ordinaire de la hernie, la seule que l'on pratique aujourd'hui, exige un assez grand nombre d'instrumens: on doit préparer, pour l'exécuter, un bistouri droit et un bistouri convexe, des ciseaux, des pinces à ligature, deux sondes cannelées, l'une ouverte et l'autre fermée à sa pointe, un bistouri concave de Cooper, ou le bistouri étroit, boutonné et convexe de Dupuytren; des fils cirés, des éponges, de l'eau froide et de l'eau chaude, complètent les objets dont on aura besoin durant l'opération. L'appareil de pansement exige une compresse fenêtrée, de la charpie, des compresses ordinaires, et un bandage qui varie suivant la région sur laquelle on opère.

Il convient de faire situer le malade sur le bord droit de son lit, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, et la tête ainsi que la poitrine soutenues et inclinées sur le ventre. Les parois de cette cavité doivent être dans un état parfait de relâchement.

Afin de pratiquer sûrement la première incision, le chirurgien fait à la peau, perpendiculairement à l'axe longitudinal de la tumeur, un pli, dont il confie l'une des extrémités à un

aide, tandis qu'il tient lui-même l'autre extrémité de la main gauche. Ce pli est incisé d'un seul coup jusqu'à sa base. La division produite dans ce premier temps de l'opération, doit s'étendre depuis un pouce au-dessus de l'ouverture du ventre, jusqu'au fond du sac herniaire. Si elle ne suffisait pas, on l'agrandirait, ou même on la rendrait cruciale. Lorsque les tégumens adhèrent à la tumeur, et qu'il est impossible de les soulever, il faut absolument les tendre avec la main gauche, et les inciser en place au moyen du bistouri à lame convexe. On doit apporter d'autant plus de circonspection dans ce premier temps de la herniotomie, que la peau paraît plus mince et plus immédiatement adossée au sac herniaire.

La division du tissu cellulaire placé au-devant du sac, exige toute l'attention du chirurgien : les uns veulent qu'on le déchire avec les ongles; d'autres le soulèvent au moyen d'une érigne mousse, et le coupent avec le bistouri; Ledran et Louis voulaient que l'on introduisît sous ses divers feuillets une sonde cannelée, ouverte et pointue; mais aujourd'hui l'on préfère généralement la pince à ligature et le bistouri. Avec la première on soulève chaque feuillet celluleux, que l'on divise à la base avec la lame tranchante, portée en dédolant. Il faut saisir d'autant moins de parties à la fois, et couper d'autant plus près des extrémités des pinces, que l'on arrive plus près du sac herniaire. On distingue celui-ci des feuillets celluleux ou cellulo-fibreux qui le recouvrent, à son aspect bleuâtre, aux vaisseaux qui rampent à sa surface, et à la sérosité qu'il contient. Quelques personnes alors le saisissent avec les doigts, et le soulèvent avant de le diviser; d'autres plongent obliquement la pointe du bistouri dans sa partie inférieure, où se trouve accumulée la sérosité ; mais il est facile de le soulever avec les pinces, comme on a fait des parties précédentes, et d'y faire, en dédolant, une petite ouverture. Une sonde cannelée mousse doit être introduite dans le sac, appliquée à sa face interne dans toute son étendue, et l'on incise sur elle la paroi antérieure de cette poche, après s'être assuré avec le doigt que l'intestin et l'épiploon ne sont pas compris sur l'instrument. Les ciseaux dont on s'est servi pour cette partie de l'opération sont moins commodes que le bistouri, et d'une action peut-être moins sûre : ils doivent être courbés dans le sens de leurs bords. On reconnaît que le sac est divisé à la surface lisse et séreuse des intestins, à la couleur rouge ou brune que leur donne l'inflammation, aux vaisseaux sanguins qui les recouvrent, au liquide qui s'est écoulé en ouvrant le sac, et à la possibilité de promener le doigt dans tous les sens, entre les viscères et leur enveloppe. Si la première incision de celle-ci ne suffisait pas, il faudrait la rendre cruciale, comme

celle de la peau. On ne doit rien négliger de ce qui peut servir à mettre les parties complétement à découvert. Les vaisseaux doivent être liés à mesure qu'on les ouvre.

Le chirurgien, étant parvenu jusqu'aux viscères enflammés et étranglés, doit s'assurer, avant d'aller plus loin, du siége de l'étranglement. Il reconnaîtra sans peine les constrictions déterminées par les brides intérieures, par l'entortillement de l'intestin, par les ruptures ou par les ouvertures des cloisons du sac, en un mot, par toutes les causes placées au-dessous de l'ouverture herniaire. Lors même que, ne trouvant rien inférieurement, il porte l'instrument sur celle-ci, sa première attention doit être de reconnaître si la constriction est exercée par le collet du sac, par l'ouverture aponévrotique, ou par tous deux en même temps.

Dans le premier cas, il convient, autant que possible, de ne faire porter le débridement que sur le collet membraneux de la hernie; dans les autres, on incise, en même temps que ce collet, l'anneau fibreux qui l'entoure. L'incision des parties qui compriment l'intestin est aujourd'hui généralement préférée à la dilatation, méthode qui, malgré les efforts de Leblanc, ne parvint jamais à être adoptée par beaucoup de praticiens.

Pour opérer le débridement avec sûreté, on ne fait plus usage, ni de la sonde ailée de Mery, ni des ciseaux herniaires de Morand, ni du bistouri à lime de J.-L. Petit, ni du bistouri de Ledran, ni d'aucun de ces instrumens si compliqués que nos prédécesseurs avaient inventés. Une sonde cannelée et un bistouri droit ordinaire, ou un bistouri boutonné, servent à cette partie de l'opération. Fait-on usage des premiers; les intestins étant abaissés avec la main gauche placée en supination, la sonde, légèrement courbée sur sa cannelure, doit être introduite sous l'étranglement. On saisit ensuite la plaque entre le pouce et la paume de la main gauche restée en place, et, après s'être assuré que la cannelure n'est placée sous aucune partie d'intestin, on glisse sur elle le bistouri, qui opère le débridement. Pour se servir du bistouri boutonné concave, on porte le doigt indicateur gauche jusque près de la constriction, et, déprimant l'intestin, on insinue, en dedans du collet du sac, le bouton du bistouri avec lequel on incise. Nous préférons au bistouri ordinaire celui de Cooper, dont la lame mousse dans presque toute son étendue, ne présente qu'un pouce environ de tranchant près de son extrémité. Le bistouri convexe de Dupuytren, dont nous avons parlé en traitant de la hernie CRURALE, peut être employé dans tous les débridemens avec succès. Enfin, comme on éprouve souvent de la difficulté à abaisser l'intestin et à l'empêcher de se présenter obstinément au tranchant du bistouri, Chaumas a imaginé un bistouri concave, à l'ex-

trémité de la lame duquel est une petite plaque en feuille de myrthe, qui en dépasse un peu la pointe. Cette addition, qui a pour résultat d'unir la plaque de la sonde ailée à la lame du bistouri, nous paraît heureuse; elle mérite d'être accueillie par les praticiens; mais il ne faut pas oublier que, dans les opérations de la hernie, comme dans toutes les autres, les instrumens les plus simples sont toujours les meilleurs.

Le débridement étant opéré, et il ne doit avoir d'étendue que ce qui est strictement nécessaire pour détruire l'étranglement et rendre la réduction possible, il faut porter le doigt dans l'ouverture abdominale, afin de reconnaître s'il n'existerait pas à l'intérieur de nouvelles causes de constriction; ensuite, après avoir tiré au dehors la partie de l'intestin qui était serrée, afin de s'assurer de son état et d'étendre les matières qui distendent la portion étranglée, le chirurgien, les doigts indicateurs convenablement huilés, repousse l'organe, en faisant rentrer les premières celles de ses parties qui sont sorties les dernières. Cette opération doit être exécutée de telle sorte, qu'un doigt reste à l'anneau et y maintienne les parties qu'il y a fait entrer, tandis que l'autre va s'appliquer à de nouvelles parties, qu'il pousse à son tour dans le ventre. Assez ordinairement cette réduction est facile, et les intestins, fuyant pour ainsi dire sous les doigts, semblent rentrer d'eux-mêmes. L'épiploon présente plus de difficultés, et, avant de le réduire, il faut toujours le déployer, et examiner s'il n'enveloppe aucune partie d'intestin dont il pourrait occasioner et perpétuer l'étranglement. Ni la dissection du sac, ni l'excision d'une partie de son étendue, ni sa réduction, ne sont nécessaires. Après avoir fait rentrer les parties, il faut procéder au pansement.

Si l'intestin est adhérent, l'opération devient plus compliquée. Ces adhérences peuvent présenter plusieurs modifications importantes : 1°. lorsqu'elles unissent isolément l'anse d'intestin à elle-même, et qu'il n'en peut résulter aucun obstacle au cours des matières fécales, il convient de les respecter, et de procéder à la réduction, comme dans les cas ordinaires, à moins toutefois qu'elles ne soient récentes, molles et formées par une exudation lymphatique non organisée. 2°. Quand ces adhérences unissent les intestins au corps ou au fond du sac herniaire, il faut, si elles sont couenneuses et sans résistance, les déchirer avec les doigts ou avec le manche du bistouri; si elles sont filamenteuses, au contraire, les ciseaux, portés sur les lames celluleuses qui les constituent, les diviseront facilement; sont-elles enfin immédiates, très-solides et étendues, il convient de les respecter : il y a moins d'inconvénient à laisser l'intestin au dehors qu'à l'irriter par une dissection longue,

délicate, et qui aurait pour résultat de le réduire alors qu'il offrirait une surface saignante, facile à s'agglutiner avec les autres parties du péritoine ou des intestins. Ce serait prolonger, sans avantage, les douleurs et l'anxiété du malade. 3°. Les adhérences qui ont lieu entre le collet du sac et les parties qui le traversent, laissent quelquefois des espaces libres, à travers lesquels on peut porter le bistouri pour débrider. Après cette opération, on cherche, comme dans le cas précédent, à détruire les membranes anormales filamenteuses ou muqueuses, et l'on respecte les autres. L'adhérence est-elle, au contraire, tellement intime et solide, que le collet du sac fasse corps avec les intestins, il ne reste d'autre parti à prendre que d'inciser ceux-ci et de débrider par leur cavité : le doigt porté dans l'intestin sert de guide au bistouri, et dirige son action. Le débridement doit être borné alors à la plus petite étendue possible, afin de ne pas s'étendre au-delà des adhérences, qui préviennent seules un épanchement mortel dans le ventre. Si même l'incision du canal était suivie d'abondantes évacuations, ce qui est rare, on pourrait se dispenser de débrider. On panse ensuite comme dans le cas de hernie gangrénée.

L'intestin est-il rétréci à l'endroit de la constriction, au point qu'il ne puisse évidemment suffire au cours des matières fécales, il convient d'examiner si ce rétrécissement est ancien, ou s'il est récent : dans le premier cas, que l'on reconnaît à la densité presque fibreuse des parois intestinales, on doit retrancher, avec les ciseaux, toute la partie affectée, se bornant à l'endroit du rétrécissement, s'il n'affecte que l'un des bouts de l'intestin, et comprenant toute la partie herniée, si elle est bornée par deux coarctations portées à un haut degré. Lorsque le rétrécissement paraît récent, ainsi que l'a observé Rigal, on peut, après avoir incisé l'intestin au-dessous de la coarctation, essayer de la dilater avec le doigt, et d'ouvrir ainsi une issue aux matières fécales. L'incision de l'intestin est encore nécessaire dans les cas de corps étrangers dont on ne peut, ou dont il serait dangereux de débarrasser la portion herniée par tout autre moyen.

Toutes les fois que l'intestin est gangrené ou perforé, quelque petites que soient les escarres ou la perforation, il faut laisser l'organe au dehors. Ce procédé n'entraîne aucun danger, tandis que la réduction peut être mortelle, en occasionant un épanchement stercoral dans l'abdomen. On doit alors pratiquer sur l'organe une incision assez étendue pour permettre aux matières de s'écouler; et si cet écoulement n'avait pas lieu, ou s'il était difficile, il serait nécessaire de débrider le collet du sac, ou même l'ouverture abdominale, par la cavité de l'intestin. Cette dernière opération est toujours suivie d'une

évacuation abondante de gaz stercoraux et de matières stercorales. Louis prétendait que jamais ce débridement ne doit être pratiqué dans les cas de gangrène intestinale; mais l'expérience de Dupuytren démontre qu'il est indispensable d'y recourir toutes les fois que l'étranglement conserve sa force, et que les organes de la constriction n'ont pas encore été relâchés et frappés par la gangrène. On conçoit, en effet, qu'alors, après l'incision de l'intestin, on n'a rien fait pour le rétablissement du cours des matières fécales et pour la levée de l'étranglement. Il faut donc attaquer celui-ci à son tour, et le détruire, afin d'achever l'opération, et de rendre les évacuations abondantes possibles.

Dans les hernies complétement gangrénées et converties en un abcès stercoral, on ouvre, d'un seul coup, toutes les enveloppes de la tumeur, et l'on emporte les lambeaux putréfiés de la peau, du tissu cellulaire, du sac herniaire et de l'intestin lui-même. Une anse intestinale, complétement gangrénée dans la hernie, devrait être retranchée. Si l'intestin a conservé des adhérences avec le péritoine, ce qui est le plus ordinaire et le plus heureux, il faut les respecter; dans le cas contraire, il est prudent de passer un fil dans le mésentère, et de retenir ainsi l'organe au-dehors, jusqu'à ce que les adhérences dont il s'agit soient établies. La faute la plus légère, durant l'opération de la hernie, pouvant être mortelle, on ne saurait apporter trop de circonspection et de prudence dans l'exécution des procédés qu'elle réclame.

Les adhérences de l'épiploon doivent être détruites ou respectées, dans les mêmes cas que celles de l'intestin. Si cet organe s'est développé au dehors, s'il forme des tumeurs dures et fibreuses, s'il est gangréné, il faut retrancher les parties affectées, et employer ensuite les moyens indiqués au mot ÉPIPLOON.

La plaie qui résulte de l'opération de la hernie est une division simple à des parties par elles-mêmes peu importantes, et qui doit guérir très-promptement. Une compresse fenêtrée, enduite de cérat, doit être étendue sur ses bords, et couverte de plumasseaux et de compresses carrées; un bandage approprié au lieu de l'opération, maintient l'appareil sans exercer aucune compression douloureuse. Si l'on a été obligé de laisser l'intestin au dehors, on le recouvre mollement et de la même manière. Enfin, si les parties étaient gangrénées, on entassera sur la plaie de la charpie brute, susceptible d'absorber les liquides stercoraux, sans nuire à leur écoulement.

L'opération est ordinairement suivie de la cessation de tous les accidens; le pouls se relève, les forces renaissent, le moral reprend son énergie; bientôt de légères coliques ainsi que des

borborygmes se font sentir, et sont suivis d'évacuations abondantes. Quelques lavemens, rendus laxatifs par l'addition d'un sel neutre, sont ordinairement utiles pour hâter le rétablissement des contractions péristaltiques de l'intestin. Des boissons délayantes, une diète sévère, favorisent, durant les premiers jours, le succès de l'opération, en donnant à l'inflammation de l'intestin le temps de se dissiper. Les purgatifs, les excitans et les autres moyens du même genre, que l'on prodiguait autrefois afin de provoquer, pour ainsi dire de vive force, les évacuations alvines, et de *consoler* les intestins, doivent être bannis d'une saine pratique. Après l'opération de la hernie, le chirurgien n'a qu'une entérite intense à traiter : il doit donc recourir aux moyens que cette maladie réclame; et si les accidens de l'étranglement sont détruits, si le sujet est calme, il doit lui importer peu que les évacuations surviennent quelques heures plus tôt ou plus tard : nous les avons vu tarder vingt-quatre heures sans inconvénient. Si le malade n'est tourmenté par aucun accident, quelques bouillons pourront lui être accordés le second jour après celui de l'opération, et l'on permettra successivement des alimens de plus en plus substantiels. Mais si la fièvre s'allume, si la douleur abdominale persiste et fait des progrès, il faut insister sur la diète la plus sévère, et recourir aux saignées générales et locales, aux fomentations émollientes, en un mot, au traitement qu'exigent les ENTÉRITES et les PÉRITONITES aiguës.

Les pansemens consécutifs sont aussi simples que le premier. Dans les cas ordinaires, les bords de la plaie se rapprochent, et la cicatrice est quelquefois opérée du cinquième au dixième jour. Lorsqu'on a laissé l'intestin intact au dehors, on le voit se rapprocher graduellement de l'anneau; ses adhérences s'allongent, et il rentre ordinairement dans le ventre, par le double effet de l'amaigrissement, de la diète et de la situation horizontale. Lorsque l'intestin était gangrené, ou que l'on a été forcé de l'ouvrir, on voit la plaie, d'abord large et fournissant une quantité considérable de matières fécales, se fermer graduellement et s'organiser en ANUS ANORMAL, qu'il faut traiter ensuite comme toutes les affections de ce genre.

HERNIOLE, s. f., *herniaria;* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des amaranthacées, J., qui a pour caractères : calice à quatre ou cinq découpures profondes, lancéolées et colorées intérieurement; corolle nulle; quatre ou cinq étamines, entre lesquelles sont interposées autant de squammules; deux à trois styles; capsule indéhiscente, renfermée dans le calice et monosperme.

La *herniole glabre*, *herniaria glabra*, et la *herniole velue*, *herniaria hirsuta*, toutes deux très-communes chez nous, dans

les lieux arides et sablonneux, sont connues vulgairement sous le nom de *turquette*. Elles ont peu d'odeur : leur saveur est amarescente et styptique. On comptait autrefois beaucoup sur l'efficacité de leur application à l'extérieur sur les hernies, et de leur administration à l'intérieur pour dissoudre les calculs urinaires ; mais l'expérience raisonnée a fait justice de ces erreurs d'un empirisme grossier. Il n'y a plus maintenant que les routiniers qui prescrivent la turquette, à titre de diurétique, chez les graveleux, sans se douter que l'infusion de cette plante n'agit vraisemblablement que par l'eau qu'elle contient.

HÊTRE, s. m., *fagus*, genre de plantes de la monoécie polyandrie, L., et de la famille des amentacées, J., dont une des espèces, *fagus sylvaticus*, est un des arbres les plus beaux et les plus intéressans des forêts de l'Europe. Presque tous les quadrupèdes qui vivent ou qu'on mène dans les bois recherchent avec avidité ses fruits. Ceux-ci consistent en une capsule ovale, coriace, hérissée de pointes molles, uniloculaire, quadrivalve, contenant deux ou trois semences triangulaires, appelées *faînes*, que recouvre une peau lisse et d'un brun rougeâtre, sous laquelle se trouve une amande blanche. Cette amande a une saveur agréable, quoique mêlée d'un peu d'astriction. On en retire, par expression, une huile douce et abondante. Après avoir subi la torréfaction, elle peut remplacer jusqu'à un certain point le café.

HIATUS DE FALLOPE, s. m. ; nom donné par les anatomistes à un petit trou situé vers la partie moyenne de la face antérieure du rocher, et qui communique avec l'aqueduc de Fallope, dont il est l'orifice. Il règne au devant de lui un sillon peu profond, destiné à loger le rameau supérieur du nerf vidien, qui passe par ce trou pour aller s'unir au tronc du facial dans l'aqueduc de Fallope.

HIÈBLE, s. f., *sambucus ebulus* ; espèce herbacée de SUREAU, dont les tiges cannelées, anguleuses, noueuses et pleines de moelle, périssent tous les ans. Elle croît en Europe sur le bord des chemins et le long des fossés.

L'hièble exhale, de toutes ses parties, mais surtout de ses feuilles, une odeur fétide et repoussante. Ces mêmes feuilles ont une saveur amère et très-mucilagineuse. La racine, qui est presqu'inodore, a une saveur amère et désagréable. L'écorce intérieure des tiges est également amère. Dans les baies, l'amertume se trouve jointe à une qualité légèrement sucrée.

On a employé en médecine la racine de cette plante, l'écorce de cette racine, celle des tiges, les feuilles, les fleurs, les baies et les semences ; mais on se sert peu aujourd'hui de toutes ces parties. Généralement parlant, leur infusion est émétique et purgative, c'est-à-dire qu'elle exalte plus ou moins

la vitalité des voies gastro-intestinales. Aussi les avait-on recommandées, à l'instar de presque tous les toniques hydragogues, dans les hydropisies, et comme diurétiques. Les fleurs peuvent être substituées à celles du sureau ordinaire, dont elles partagent en tous points les propriétés.

HIERA PICRA, s. f.; nom donné autrefois à un électuaire purgatif dans lequel on faisait entrer de l'aloès, de la canelle, du xylobalsame, de l'asaret, du spica nard, du safran et du mastic. Cette composition est tombée dans un oubli mérité, ainsi que tous les monstrueux mélanges inventés par l'empirisme aveugle de nos devanciers.

HIPPIATRIQUE, s. f.; médecine du cheval. Cet art, qui passe pour nouveau, fut cependant cultivé avec soin avant le commencement de l'ère chrétienne; on s'en occupait déjà en Grèce du temps d'Homère, mais les Grecs comprenaient implicitement, dans le mot *iatrique*, la médecine générale, et dans celui d'*iatre*, le médecin. Ainsi, la médecine des animaux domestiques n'avait pas de nom chez eux. Il est probable que celle des chevaux fut pratiquée, par cette nation, beaucoup plus que celle des autres animaux à l'usage de l'homme, et qu'elle fut la seule qui eut le nom particulier d'*hippiatrique*; de là le nom d'hippiatre, donné à celui qui exerçait l'hippiatrique. De nos jours, nous avons vu, pendant très-long-temps, la médecine du cheval constituer à elle seule toute la médecine vétérinaire. Le cheval, en effet, est peut-être l'animal le plus utile à l'homme, celui qui répond le mieux à ses besoins, à son agrément, à ses plaisirs. Qui n'admirerait pas, dans ce noble animal, la force et la vigueur du corps, une grande docilité, une merveilleuse aptitude à recevoir toutes sortes d'instructions, une connaissance remarquable, etc. Les Grecs et les Romains, au rapport de Végèce, assignaient à l'hippiatrique, qu'ils confondaient avec la vétérinaire, le second rang après la médecine. Sous le nom seul de vétérinaire, les Romains entendaient la médecine des bêtes de somme, et ils consacraient la dénomination de *mulo-medicina* à la médecine particulière des solipèdes. Négligée pendant long-temps, abandonnée même, pour ainsi dire, on ne songea à remettre l'hippiatrique en vigueur que dans le dixième siècle, par les soins que l'on prit d'extraire les ouvrages des Grecs, ouvrages perdus, dont il ne nous reste que des fragmens précieux échappés aux ravages du temps. L'on a donc senti de bonne heure l'utilité de cette science, mais l'expérience des temps anciens est perdue pour nous, puisque les travaux des hommes de ces époques reculées, qui ont écrit leurs observations, ne sont pas arrivés jusqu'à nous. Ce n'est guère qu'au quinzième siècle que l'hippiatrique prit

une certaine consistance en Europe ; mais alors elle était moins une science qu'un recueil de traditions sans principes. L'hippiatre n'était qu'un guérisseur, un homme possédant quelques recettes, quelques secrets, quelqu'amulette, le souvenir de quelques pratiques qu'il mettait en usage sans s'inquiéter de leur manière d'agir, et de la même façon dans tous les cas, en y ajoutant ce que la crédulité et la superstition pouvaient y apporter de nouveau. On sentit, dans le sixième siècle, que l'hippiatrique avait besoin d'être éclairée : on imprima les quatre livres de Végèce, on traduisit du grec en latin tous les extraits dont nous avons parlé; malheureusement ces secours ne furent pas d'une grande utilité; il eût fallu, pour pouvoir en profiter, des esprits préparés, et il en manquait alors. Malgré l'émulation qui se répandit en plusieurs contrées de l'Europe, malgré les écrits de plusieurs hommes de mérite, la médecine des chevaux est restée dans l'avilissement durant le seizième et le dix-septième siècles. Bourgelat et Lafosse paraissent avant le milieu du dix-huitième; une ère nouvelle commence, et la renaissance de l'hippiatrique peut dater de l'époque de ces deux grands hommes. Le premier, doué d'un esprit vaste et de toutes les ressources du génie, illustra sa patrie par ses talens et ses travaux ; il s'appliqua à poser les bases fondamentales de l'hippiatrique, et à développer les principes sur lesquels cette science repose : le premier de ces principes fut pour lui la connaissance de l'économie animale, c'est-à-dire l'arrangement, l'ordre, la situation et la structure des parties du corps du cheval, le jeu et le ressort de ces parties dans l'exercice de leurs fonctions : c'est ainsi qu'il l'explique lui-même. Comment, en effet, réparer les troubles et les dérangemens, connaître le siége, l'origine, la source et le danger des maladies, sans être instruit de l'organisation, des causes de la vie et des lois de la santé de l'animal? La médecine du cheval, comme celle de l'homme et de tous les animaux, doit reposer sur des connaissances générales ou théoriques, que la pratique applique ensuite aux cas particuliers; elle doit, par conséquent, renfermer l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, parties essentielles qui doivent, à leur tour, en contenir plusieurs autres. Lafosse se livra tout entier à l'étude de l'hippiatrique, et travailla pendant longtemps, par la seule force de son génie, à remplir quelques endroits du vide immense qu'il apercevait dans son art. Il reconnut bientôt le défaut des méthodes d'alors, e[illegible]orma le dessein de les proscrire, en en proposant de nouvelles, appuyées sur une théorie simple, mais vraie. Les différens écrits des Lafosse père et fils, comme ceux de Bourgelat, ont ouvert la voie pour avancer beaucoup l'hippiatrique; cependant, malgré les loua-

bles efforts de ces illustres fondateurs de l'art de guérir les animaux, malgré les écrits de ceux qui ont suivi les mêmes traces, cet art, si utile, languit encore, il faut bien en convenir, dans une sorte d'ignominie. Espérons qu'à l'époque actuelle, où l'on se vante de tant de connaissances et de lumières, l'on fera justice des préjugés de l'empirisme grossier et aveugle, des pratiques routinières et des abus; espérons que, grâces à nos différentes écoles spéciales d'enseignement, d'importantes améliorations répandront bientôt un nouveau jour sur l'horizon de la science hippiatrique.

HIPPOCRATIQUE, adj., *hippocraticus*. Ce mot est employé dans deux acceptions bien différentes; on s'en sert pour désigner la doctrine d'Hippocrate et les médecins qui suivent sa méthode ou adoptent sa doctrine; *doctrine hippocratique*, *médecin hippocratique*; on s'en sert également en parlant de l'aspect que présente la face, non pas celle d'Hippocrate, mais celle des moribonds, décrite en ces termes par l'auteur des *Prénotions conçues*, faussement attribuées à Hippocrate : *yeux caves*, *nez pointu*, *tempes affaissées*, *oreilles froides et contractées*, *peau rude*, *teint pâle et noirâtre*. C'était, selon lui, une réunion de signes très-fâcheux, et cette remarque est conforme à l'observation; cependant elle n'annonce pas toujours une mort inévitable, comme l'ont prétendu quelques séméiologistes.

HIPPOCRATISME. Depuis la renaissance des lettres et des sciences au quinzième siècle, tous les médecins éclairés se sont étudiés à marcher sur les traces d'Hippocrate, soit dans l'observation des maladies, soit dans la pratique de l'art de guérir, et le troupeau servile des imitateurs a répété ce qu'ils ont dit sur l'excellente doctrine et l'admirable méthode de cet homme célèbre. Les uns et les autres ont reçu ou pris indistinctement le titre pompeux de médecins hippocratiques. Hors de l'hippocratisme, il n'y eut plus dès-lors de salut pour les médecins; le nom d'Hippocrate était un talisman magique devant lequel tout se taisait. Dans les cas douteux, on interrogeait les écrits d'Hippocrate plus encore que la nature, et les arrêts de celle-ci étaient toujours cassés, quand on n'en trouvait pas la sanction dans les écrits du divin vieillard. Sans nous arrêter à signaler tout ce qu'une pareille marche avait d'absurde, disons d'abord qu'il aurait fallu, pour le moins, chercher à s'assurer si tous ces écrits étaient d'Hippocrate; en matière de foi écrite, l'authenticité du livre est la condition *sine quâ non*. Cette recherche ne fut pas négligée, mais elle ne fut pas faite avec toute la sévérité désirable; on craignait trop de condamner à l'oubli des pages du prince de la médecine. Les travaux pénibles des philologistes, des critiques et des grammairiens, passèrent de

mode; on finit par rapporter en bloc à Hippocrate tout ce qu'on a écrit sous son nom. Les praticiens sont ceux qui commirent cette faute capitale; fiers de leurs observations, ils dédaignèrent l'étude minutieuse des textes, et jugèrent plus commode de prendre ceux-ci dans l'état où ils se trouvaient. Cette erreur s'est continuée jusqu'à nos jours. Le savant Barthez lui-même rapportait à Hippocrate tout ce qu'on lui avait fait dire. Si telle a été la conduite erronée de presque tous les médecins les plus distingués, et en particulier de ceux qui ont accru le domaine de la science, pouvait-on attendre mieux de cette foule d'ignorans qui, de nos jours, se targuent du titre de médecins hippocratiques? Ils ne savent pas même, ou bien ils oublient que le vénérable Pinel avait bien reconnu la nécessité de faire un choix sévère dans les productions d'Hippocrate; s'il ne fut pas toujours fidèle à ce principe, puisque, dans les écrits légitimes d'Hippocrate, il est peu fait mention des crises comme causes de la terminaison salutaire des maladies, et point du tout d'une cause occulte, spécifique des épidémies, ce qui n'a pas empêché Pinel de présenter ces deux assertions comme venant du divin vieillard, il n'en est pas moins vrai que Pinel a été du très-petit nombre de médecins pour lesquels Hippocrate n'était pas un oracle infaillible.

C'est surtout depuis la chute du galénisme, et à l'occasion des attaques réitérées de Paracelse, de Van Helmont, de Chirac et de Broussais, que le nom d'Hippocrate a été invoqué comme une sauve-garde contre l'audace des réformateurs; comme dans les temps de trouble, les loyaux partisans crient à la légitimité pour se préserver de l'influence des innovations. Ce mouvement est naturel à l'homme; mais un mot respectable en lui-même ne doit pas couvrir le rejet de toute vérité utile, par cela seul qu'elle serait nouvelle. Si un bouleversement total est le rêve d'un ambitieux ou d'un fou, une réforme partielle et le rappel à tous les bons principes, ne font qu'affermir un empire, au lieu d'en ébranler les fondemens. Si la doctrine d'Hippocrate a perdu de son crédit aujourd'hui, si elle compte peu de partisans, il ne faut pas l'entendre comme l'entendent de prétendus prêtres de ce demi-dieu; il faut distinguer, dans la doctrine d'Hippocrate, la méthode, éternelle comme la vérité, à laquelle elle conduit, et qui n'a point été une création du génie de ce grand homme, mais le résultat d'un choix digne de lui. Cette méthode est celle que les grands médecins ont tous suivie de plus ou moins près; si elle ne les a pas toujours préservés de l'erreur, c'est leur faute; ils n'ont pas su en faire un emploi rigoureux, ils s'en sont écartés. Sous les auspices de notre illustre Pinel, les médecins français du dix-neuvième siècle s'en sont considérablement rapprochés, et

c'est à l'application la plus sévère de cette méthode que la médecine doit ses derniers progrès.

L'autre partie de la doctrine d'Hippocrate se compose : 1°. de faits qu'il décrit; ils sont encore consultés avec fruit, comme modèles de précision, mais non comme modèles d'exactitude, car, dans ses histoires de maladies, Hippocrate n'a presque jamais eu égard au diagnostic, seulement au pronostic; 2°. de principes généraux déduits des faits; parmi ces principes, il en est un grand nombre dont la solidité est démontrée par l'expérience de tous les jours; ils sont universellement adoptés, on ne les a presque jamais méconnus; les autres sont douteux, chacun pense à leur égard à peu près ce qui lui plaît; d'autres enfin sont éminemment fautifs, parce qu'ils ont été établis sur un très-petit nombre de faits; 3°. des vues théoriques qui ne sont pas exemptes d'erreurs, d'hypothèses et d'interprétations données aux faits d'après une physique et une physiologie dont le temps a démontré les vices; c'est là ce qu'on rejette, et ce que les fanatiques s'obstinent à conserver, parce que ces erreurs leur ont été inculquées dans leur éducation médicale, et que les premières erreurs sont souvent plus chéries qu'une vérité qu'on rougit de recevoir d'un contemporain.

Ainsi donc, l'hippocratisme, dans la bonne acception de ce mot, compte pour partisans tous les médecins éclairés, quelles que soient d'ailleurs leurs opinions sur une foule de points dont Hippocrate n'a pas parlé, ou sur lesquels il s'est trompé, et l'hippocratisme absolu n'est proné que par des ignorans ou des hommes de mauvaise foi : les uns louent ce qu'ils ignorent; les autres vantent ce dont ils se moquent intérieurement : ou enfin par des érudits qui croient outrager la docte antiquité, en la soumettant à un examen critique.

HIVER, s. m., *hiems;* l'une des quatre saisons de l'année, qui, dans notre hémisphère, comprend le temps qu'emploie le soleil pour revenir du tropique du capricorne à l'équateur céleste. Cette saison commence le 21 décembre, et finit le 20 mars. La froidure qui la caractérise dépend d'abord de ce que les rayons solaires sont alors obligés de traverser obliquement l'épaisseur de l'atmosphère, pour arriver à la terre; en second lieu, de ce que l'astre du jour décrit un plus petit arc diurne qu'en été, et reste beaucoup moins de temps sur l'horizon. Cependant, la diversité des sites, leur plus ou moins d'élévation au-dessus du niveau de la mer, et leur exposition plus ou moins ouverte au nord ou aux vents froids, la modifient singulièrement suivant les pays, sans parler de quelques abaissemens de température qu'on observe en certaines années,

parfois même hors de l'époque acooutumée, et dont on n'a point encore trouvé la cause. Sa durée est d'autant plus longue, et le raccourcissement des jours qu'il amène d'autant plus considérable, qu'on s'éloigne davantage de l'équateur, pour se rapprocher du pôle. A l'article SAISON nous examinerons l'influence qu'il exerce sur le corps humain, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie.

HOMME, s. m., *homo*. Dans l'impossibilité où il se sentait de bien définir l'homme, Linné ne lui a pas assigné de caractère spécifique. « Quel avantage, dit Pascal, pensait nous procurer Platon, en disant que l'homme est un animal à deux jambes, sans plumes, comme si l'idée que j'en ai naturellement, et que je ne puis exprimer, n'était pas plus nette et plus sûre que celle qu'il me donne par son explication inutile et même ridicule, puisque l'homme ne perd pas l'humanité en perdant ses deux jambes, et qu'un chapon ne l'acquiert pas en perdant ses plumes? » .

Devant nous renfermer ici dans des considérations très-générales, nous nous contenterons de faire connaître les particularités que l'homme présente dans chacun de ses appareils organiques, d'examiner les avantages qu'elles lui procurent, et d'indiquer ses principales variétés, avec les caractères qui les distinguent.

Nous ne répéterons pas ce qui a été ou doit être dit dans une foule d'autres articles consacrés, d'une manière spéciale, à l'anatomie; mais nous comparerons les diverses parties du corps de l'homme avec les parties analogues de celui des animaux, et nous ferons voir comment les différences, légères en apparence, qui existent dans leur structure et leur proportion, produisent des effets si remarquables.

Si l'on examine le corps humain dans sa composition chimique et mécanique, on s'apercevra bientôt qu'il est formé des mêmes élémens que celui des animaux, et que ces élémens sont disposés à peu près selon le même plan, suivant le même dessein; les os, la chair, sont formés des mêmes substances, et disposés à peu près de la même manière. Ainsi, dans les animaux vertébrés, on trouve un squelette composé de vertèbres, une espèce de colonne creusée dans l'intérieur, et renfermant un cordon nerveux qui distribue des filets dans tout le corps, où ils portent le sentiment et le mouvement. A l'extrémité de ce canal se trouve un renflement, une sorte de boîte, un crâne, qui contient le couronnement de la moelle épinière, le cerveau. A ce crâne tient un appareil osseux qui loge les organes de l'odorat, de la vue, du goût et de l'ouïe. Les membres, quand ils existent, sont au nombre de quatre, deux pectoraux et deux pelviens, quoiqu'à la vérité l'une ou l'autre de

ces paires vienne quelquefois à manquer. Du reste, toutes les parties sont disposées, à peu de chose près, comme dans l'homme.

On est donc obligé de convenir, quelque répugnante que cette proposition soit à l'amour propre, que la place de l'homme est marquée dans la grande série des animaux vertébrés, que son corps est fait sur le même modèle qu'eux, qu'il n'en diffère que par de légères nuances de proportions, soit dans le nombre des parties, soit dans leur forme; et non-seulement il y a une ressemblance générale entre eux et lui, mais même, à mesure qu'on se restreint à la première classe du règne animal, la ressemblance va encore beaucoup plus loin.

La première classe, à laquelle on a donné le nom de mammifères, parce que toutes les espèces connues portent des mamelles pour allaiter leurs petits, ressemble à l'homme, même par le nombre des parties, si on excepte les cétacés. Tous ces animaux ont un rachis portant, en haut en devant, les côtes; une cavité pectorale renfermant le cœur et les poumons; un diaphragme, un cœur à quatre cavités, deux ventriculaires et deux auriculaires, disposées de manière que le sang est obligé de passer tout entier dans les poumons avant d'aller se distribuer dans le corps, afin d'y acquérir les qualités nécessaires pour donner l'irritabilité aux muscles. Leurs sens sont en même nombre, leurs organes ont la même force, les doigts mêmes ont souvent une grande analogie.

Ainsi, l'homme est un animal, un animal vertébré, un mammifère.

Quand on cherche, parmi les mammifères, ceux dont il se rapproche le plus, on se persuade aisément qu'il est du même ordre que le singe, à peu de chose près, du moins. Le nombre de dents, qui varie dans les autres animaux, est le même dans les singes que dans l'homme. Il en est de même du nombre des doigts; il y en a quatre d'un côté, et un de l'autre; celui-ci, nommé pouce, est susceptible de s'écarter des autres, de leur être opposé, et de former pince avec eux. Ainsi, en descendant de plus en plus dans les particularités, on trouve que l'homme est un animal mammifère, plus voisin des singes que des autres.

Quant à ce qui distingue l'homme des autres animaux, les naturalistes ont cherché ses caractères dans tout ce qu'il y a de plus frappant. Ainsi, dans les singes, les pouces des membres pelviens sont plus courts que les autres doigts; ils peuvent s'en écarter et leur être opposés, en formant la pince. Dans l'homme, au contraire, ce doigt est un peu plus gros et même un peu plus long que les autres, il leur est parallèle, et ne peut leur être opposé, ni s'écarter d'eux.

Cette minutie, en apparence, ce caractère qui semble si peu

important, détermine toute la nature de l'homme, pour ainsi dire; tout le reste est en connexion avec lui. Les singes, pour se servir de leurs pieds de derrière comme de mains, ne devaient pas appuyer sur la plante entière; aussi ne posent-ils que sur le tranchant extérieur; leur astragale est articulé d'une manière plus oblique. L'homme, au contraire, qui ne peut faire jouer isolément les doigts de ses pieds, qui ne peut y opposer le pouce aux autres, n'a pas besoin et n'a pas même la possibilité de s'appuyer sur le tranchant du pied; son pied pose tout à fait à plat. Les singes sont donc *quadrumanes*, tandis que l'homme est *bimane* et *bipède*: c'est le seul animal qui soit vraiment dans ce cas. Les pieds ne lui servent ni à saisir, ni à grimper, comme, de leur côté, les mains ne lui servent point à marcher. Les pieds ne lui sont utiles que pour la station et la progression. Cette organisation, en apparence désavantageuse, est, dans la réalité, un immense avantage. La possibilité d'une ferme station sur les deux pieds, lui laisse en effet l'usage entier et le libre exercice des membres antérieurs pour les objets d'adresse.

Non-seulement la structure du corps de l'homme prouve qu'il est fait uniquement pour se tenir debout, mais elle démontre encore que, quand même il voudrait se tenir sur les quatre membres, il ne pourrait pas le faire aussi aisément que les autres animaux.

Examinons, en effet, ce qui est nécessaire pour la station: pour qu'un corps animal ou tout autre se tienne dans une position quelconque sans tomber, il faut que, dans cette position, il se trouve en équilibre, que la ligne de gravité tombe dans l'espace intercepté par la base de ce corps. Or, l'homme a plus d'avantages que tout autre animal pour se tenir debout, attendu que, la base dans laquelle tombe sa ligne de gravité étant plus large, cette ligne est moins exposée à en sortir; en second lieu, que toutes les parties de son corps sont dans un équilibre l'une sur l'autre; enfin, que les muscles qui les tiennent étendues sont plus forts.

L'homme a plus de base de sustentation que les autres animaux, parce que son pied appuie tout entier sur le sol, qu'il forme une large surface, que son pouce est très gros et plus long que les autres doigts. Chez les singes, ce pouce est très-court, petit et séparé des autres; il ne contribue pas à la solidité de la base. Quand même que le pied du singe, pris tout entier, serait plus large que celui de l'homme, ce qui n'est point, il ne l'appuie pas tout entier, le calcanéum et l'astragale étant articulés d'une manière oblique, de manière que l'animal pose sur le tranchant du pied, qui est fort étroit. Le pied de l'homme se dirige plus en devant qu'en arrière; mais il est

protégé, dans ce dernier sens, par une grosse protubérance, nommée talon, qui n'existe chez aucun autre animal. Les animaux plus éloignés de nous que les singes, n'appuient pas même sur le tranchant du pied, mais seulement sur une partie plus ou moins considérable des doigts.

La base, ou l'espace intercepté par les deux jambes, et dans lequel tombe la ligne étendue de gravité, est plus large dans l'homme que dans les autres animaux, parce que le bassin est plus large, que les cuisses, qui y sont attachées, sont plus écartées, que le col du fémur, faisant un angle obtus avec le corps, écarte d'autant celui-ci du bassin, élargit conséquemment la base de sustentation, et fait que les muscles fémoraux ont plus d'avantage, parce que le levier est plus long.

Les muscles qui agissent sur l'extrémité pelvienne, et qui la tendent, offrent encore une particularité avantageuse à la station bipède dans l'homme. Quand un animal est debout, la pesanteur de son corps tend à faire ployer les articulations; il faut donc, afin de s'opposer à cet effet, que les muscles postérieurs agissent pour empêcher les articulations de fléchir. Les extenseurs sont donc continuellement en action : aussi sont-ils très-forts dans l'homme, au lieu que, dans les autres animaux, ils sont très-faibles. Voilà pourquoi l'homme seul a des mollets, des cuisses arrondies, de véritables fesses. On est tenté de rire en voyant Spigel trouver dans ces dernières proéminences une cause de la facilité avec laquelle nous vaquons longuement à la réflexion, comme si on ne réfléchissait pas tout aussi bien debout ou couché qu'assis.

Les muscles qui servent à fléchir les jambes, dans l'homme, sont attachés très-près de l'extrémité supérieure de cette même jambe, de manière à lui permettre de former une ligne droite avec la cuisse, saus gêner l'action des muscles fléchisseurs. Dans les singes, ces muscles sont attachés à la moitié de la hauteur de la jambe, ou tout du moins au tiers, d'où il résulte que la cuisse de ces animaux est plate, comprimée, et qu'ils vont toujours les genoux à demi-ployés; qu'il leur est impossible d'étendre leurs jambes dans la station bipède, de manière à former une ligne droite avec la cuisse. Ce phénomène est encore plus sensible dans les autres quadrupèdes, où la cuisse est tellement aplatie, que, chez quelques-uns, elle se trouve collée contre l'abdomen, et totalement cachée par la peau des jambes.

Il résulte de là des différences dans la position de la rotule. Comme la cuisse est en ligne droite sur la jambe, il faut que cet os se loge dans un petit creux du fémur, lequel est plus profond dans l'homme que dans aucun autre animal.

Ainsi trois considérations tirées des membres pelviens prou-

vent que l'homme est destiné à se tenir debout. Si on remonte davantage, et qu'on arrive au tronc, on y découvre des particularités non moins propres à favoriser la station sur deux pieds. Le corps est à peu près pyramidal, le bassin très-large, le ventre gros, et la poitrine rétrécie à sa partie supérieure ; de sorte que le tronc de l'homme a la figure d'une pyramide appuyée sur sa base, position la plus favorable de toutes à la station droite. Au contraire, dans les animaux un peu éloignés de nous, on trouve un bassin étroit, avec une poitrine élargie en avant, et représentant une pyramide renversée, qui se tient beaucoup plus difficilement en équilibre que celle qui est placée sur sa base.

C'est surtout dans la forme de la tête que se trouve la plus forte preuve en faveur de la station bipède. Quand l'homme se tient debout, en équilibre, ou à peu près, sur son épine du dos, les deux condyles de l'occipital tombent en ligne droite sur le col, et s'y articulent : ils sont placés immédiatement sur le centre de gravité, puisqu'ils sont sous le milieu du crâne ; l'homme n'a donc besoin de faire aucun effort pour soutenir ainsi sa tête. Aucun animal ne l'a disposée semblablement, car celui de tous qui ressemble le plus à l'homme, au dire des naturalistes, l'orang-outang, a les condyles correspondans au tiers seulement de la ligne qui fait l'axe de la base du crâne. Deux tiers de cette ligne se trouvent en avant, et un seul en arrière ; l'orang n'a par conséquent pas la même facilité pour tenir sa tête en équilibre, et il lui faudrait pour cela une très-grande force dans les muscles postérieurs. Cette disposition est encore plus sensible chez les autres singes, et elle le devient de plus en plus à mesure qu'on descend dans l'échelle des animaux.

Cette forme de tête, si commode à l'homme, quand il se tient debout, lui deviendrait très-incommode s'il voulait marcher à quatre pattes. Ses yeux sont dirigés en avant, ainsi que sa bouche, lorsqu'il est debout ; mais s'il était à quatre pattes, ses yeux regarderaient la terre, et il ne verrait rien devant lui ; sa bouche n'étant pas assez allongée, il ne pourrait paître ; son nez l'empêcherait de toucher à terre. Il n'en est pas ainsi des autres animaux : en même temps que leur tête s'articule fort en arrière, leurs yeux sont repoussés vers le haut, de manière à ce qu'ils voyent fort bien devant eux.

Plusieurs autres raisons encore empêchent l'homme de marcher à quatre pattes. Ses pieds sont trop courts ; la distance du talon au bout du doigt est trop peu considérable ; il ne pourrait appuyer que sur toute la plante, ce qui le gênerait beaucoup, ou sur l'extrémité des doigts, ce qui serait très-fatigant. On voit déjà le pied s'allonger dans les singes, et il

prend des dimensions plus considérables à mesure que l'animal devient en quelque sorte plus quadrupède. Alors le talon se relève, et l'extrémité des doigts acquiert un volume plus considérable.

La partie antérieure du corps de l'homme n'est pas disposée d'une manière favorable pour la marche à quatre pattes. Dans les autres animaux, la poitrine est aplatie latéralement, entre les deux membres thoraciques, de sorte qu'elle se trouve bien supportée entre les deux colonnes que ces membres représentent. Ces colonnes sont en ligne droite, et l'omoplate est dans la même direction que l'humérus. Dans l'homme, la poitrine, au lieu d'être plus large d'avant en arrière, l'est d'un côté à l'autre; l'omoplate fait un angle avec l'humérus, ce qui, dans la marche à quatre pattes, gênerait les mouvemens des muscles qui s'attachent à l'os du bras.

Le muscle grand dentelé est celui qui sert le plus dans la marche à quatre pattes, pour soutenir le corps, en manière de sangle, et l'empêcher de s'affaisser sur les membres pectoraux. Or, dans l'homme, son peu de volume ne suffirait pas pour porter le poids du corps; dans les quadrupèdes, et même dans les singes, il s'attache à toutes les côtes et à toutes les apophyses transverses des vertèbres.

Ainsi toutes les raisons imaginables semblent se réunir pour attester que l'homme est bipède. Il en est encore une autre, qui tient à la pesanteur de sa tête. Non-seulement la tête se trouve en équilibre sur l'épine du dos, quand l'homme est debout, mais encore elle porte dessus; si l'homme allait à quatre pattes, elle tendrait à pencher, n'étant plus soutenue par rien, à moins que ce ne fût par les muscles cervicaux postérieurs. Mais quelle force énorme ne leur faudrait-il pas pour cela! tandis qu'ils sont très-faibles chez l'homme. Dans les autres animaux, la tête est en général plus légère, plus petite, proportions gardées. En effet, ce qui lui donne de la pesanteur dans l'homme, c'est la grande quantité de cervelle, matière très-lourde par elle-même : or, cette cervelle est beaucoup plus petite dans les quadrupèdes : les sinus sont très-vastes, le nez est très-développé, ce qui diminue le poids de la tête. L'éléphant, par exemple, qui a une tête en apparence si volumineuse, l'a constituée presqu'à moitié par des sinus.

Dans les mammifères, les apophyses dorsales sont très-grandes; les crêtes occipitales, très-développées, donnent de nombreuses attaches aux muscles cervicaux; le ligament cervical, qui est si faible dans l'homme, que plusieurs anatomistes en ont nié l'existence, et l'ont considéré comme une simple expansion celluleuse, devient très-fort dans les mammifères; il prend de l'épaisseur, et se divise en languettes qui

se fixent aux apophyses des vertèbres dorsales, qui vont même jusqu'au sacrum, chez ceux dont la tête est un peu lourde.

Les artères qui se rendent au cerveau de l'homme, ne se subdivisent pas en un réseau délié, comme dans beaucoup de quadrupèdes, et si nous marchions à quatre pattes, le sang nécessaire à la nutrition et aux fonctions d'un organe si volumineux, s'y portant en trop grande affluence, nous serions exposés à l'apoplexie, plus fréquemment encore que nous ne le sommes. Il suffit de se rappeler les phénomènes qu'on observe quand on penche quelque temps la tête, ou même seulement déjà lorsqu'on se tient dans la position horizontale.

Il aurait été ridicule de s'apesantir autant sur une vérité aussi palpable, et aussi rigoureusement démontrée qu'elle l'a été par Vrolik, que la nature bipède de l'homme, si quelques têtes paradoxales, Moscati, Schelver et Doornik, n'avaient pas prétendu en faire, sinon un quadrupède véritable, du moins un descendant de quelque quadrumane perfectionné. Bakker a fait représenter un squelette d'homme à quatre pattes, et un squelette d'animal debout sur les jambes de derrière, comme le meilleur moyen de démontrer l'absurdité de cette proposition. Ceux qui la soutiennent ont invoqué surtout les enfans sauvages qu'on a rencontrés en France, en Pologne ou ailleurs; mais la plupart de ces infortunés étaient des idiots, comme celui de l'Aveyron. D'ailleurs, ce qui ne permet pas de douter que la station sur deux pieds ne soit le résultat nécessaire de l'organisation de l'homme, c'est que nous la retrouvons chez tous les peuples connus, sans exception d'un seul, et même chez ceux qui vivent encore plongés dans les ténèbres les plus épaisses de la barbarie.

Anaxagore et Helvétius ont, comme l'on sait, prodigieusement exagéré l'importance de la main de l'homme, et de son influence sur toutes nos destinées; mais on doit avouer que nulle erreur, peut-être, ne fut plus excusable, nul paradoxe plus plausible et plus facile à soutenir. De cette particularité, en apparence si minutieuse, la connexion du pouce aux autres doigts dans le membre pelvien, il résulte des différences notables dans le mode de station ou de locomotion. L'homme pouvant se tenir en équilibre sur ses seuls pieds de derrière, peut employer ses mains à toutes sortes d'ouvrages d'adresse. Ce seul point le distingue déjà éminemment de tous les autres animaux. Sans aucun membre de plus, avec le même nombre d'extrémités, il peut exécuter des choses que ceux-ci ne sauraient faire.

La disposition du bras de l'homme n'est pas moins favorable à l'adresse. L'omoplate forme un triangle, dont le plus

grand côté regarde l'épine du dos, et présente par conséquent plus d'attaches de ce côté. Dans les autres animaux, cet os est beaucoup plus étroit, et presque parallèle à son congénère. Le bras ne peut être porté facilement vers le dos chez les singes, et ce mouvement est tout à fait impossible aux autres animaux. La clavicule de l'homme est très-forte, de manière qu'il peut porter ses bras en avant, pour embrasser des fardeaux sans craindre de les luxer : dans les autres animaux, cet os est peu fort, il diminue graduellement de grandeur, et finit par disparaître dans les derniers mammifères. L'humérus est, en général, plus long, à proportion, que dans les autres animaux; il devient d'autant plus court que le mammifère s'éloigne davantage de nous. Le radius peut, chez l'homme, tourner sur l'humérus et le cubitus, de manière à exécuter des mouvemens de pronation et de supination. Les singes lui ressemblent assez, sous ce rapport; mais les carnassiers s'en éloignent déjà beaucoup, et les mouvemens en question deviennent absolument impossibles chez tous les autres mammifères, dont le radius est soudé avec le cubitus, ou articulé par ginglyme avec l'humérus.

La nature a déployé toutes les merveilles de la mécanique dans la disposition du poignet, et surtout dans celle des doigts. Le poignet est articulé avec le radius; il tourne sur lui, et est formé de huit os qui n'exécutent que des mouvemens obscurs les uns sur les autres. La main est divisée complétement en cinq doigts, dont l'un est susceptible de s'opposer aux autres. A la vérité, les singes ont aussi un pouce opposable; mais ce pouce est bien plus faible et beaucoup moins long, de sorte qu'il ne peut former facilement la pince; il n'est surtout pas capable de cette grande variété de mouvemens, dans laquelle consiste l'adresse de l'homme. Chez les autres animaux, le pouce s'articule sur les os du carpe d'une manière fixe, et son os du métacarpe tient à celui de l'indicateur par des ligamens. Il y a, en outre, des différences notables par rapport aux muscles tant extenseurs que fléchisseurs des doigts. L'homme a un extenseur commun de ces appendices, un extenseur propre de l'index, et un du petit doigt. Ces muscles se trouvent réunis ensemble dans les singes, qui ne peuvent relever chaque doigt séparément. Le fléchisseur sublime est entièrement réuni chez eux au fléchisseur propre du pouce, qui en fait partie.

Ainsi l'homme, sous le rapport purement mécanique des organes du mouvement, est déjà le plus parfait de tous les animaux, le mieux organisé pour l'industrie. A la vérité, il a du désavantage sous le point de vue de la force, attendu que sa vitesse est moins considérable que celle des autres mammifères, qu'il est surpassé à cet égard par des quadrupèdes infi-

niment plus petits que lui, qu'il n'a aucune arme offensive ni défensive; mais ses doigts sont plus propres aux ouvrages d'adresse que ceux d'aucun autre animal. Ils ne sont que protégés par une mince lame d'écaille, qui leur donne un appui sans émousser leur sensibilité. Ses dents sont sur la même ligne, ses canines ne sont pas longues et pointues. Il est dépourvu de poils qui le protègent contre les intempéries de l'air. Mais, comme nous le verrons plus loin, ce qui semble devoir rendre sa condition si misérable, est précisément ce qui l'élève au-dessus des autres animaux, en le forçant de mettre en usage les moyens d'adresse qu'il a reçus de la nature, et les secondant de toute la perfection de son organe intérieur des sensations.

Examinons maintenant cet organe lui-même, cet instrument de la pensée et du raisonnement, comparons-le à celui des autres animaux, et prouvons que, de quelque manière qu'on veuille ou qu'on puisse expliquer le mécanisme de ses fonctions, dont nous nous occuperons ailleurs, il est matériellement le plus parfait qu'on connaisse. Il occupe la tête, avec les organes de quatre d'entre nos sens.

Si l'on compare la tête de l'homme à celle des autres mammifères, on trouve, d'une part, une ressemblance extraordinaire, et, de l'autre, des caractères distinctifs très-frappans. Comparée à celle de quelqu'animal vertébré que ce soit, nous la voyons composée d'un crâne et d'une face. De ces deux parties, la première renferme le cerveau, la seconde loge quatre des organes des sens, avec ceux de la manducation. Le crâne est le même dans tous les animaux vertébrés, non-seulement par sa destination, mais encore par sa composition, ou ses élémens organiques. Les mêmes os s'y retrouvent, dans les mêmes rapports, dans les mêmes connexions, seulement plus ou moins distincts, plus ou moins soudés. Ainsi, pour nous borner à quelques exemples, il y a deux frontaux dans les singes et les carnassiers, tandis qu'il n'y a qu'un seul pariétal dans les rongeurs. Les sutures sont à la même place, seulement elles s'effacent de meilleure heure chez les mammifères qui ont de grands efforts à faire avec la tête, comme le rhinocéros.

Il en est à peu près de même pour la face. Dans les animaux, elle s'avance en un museau plus ou moins proéminent; mais on y retrouve toujours les mêmes os, seulement quelquefois le maxillaire en forme deux. La mâchoire inférieure est souvent composée de deux pièces, soit pendant l'enfance seulement, soit durant toute la vie. Quant à l'os intermaxillaire ou incisif, il n'existe point chez l'homme un peu avancé en âge. Cet os porte les deux incisives de chaque côté. On

l'observe dans tous les mammifères, même dans l'orang-outang, et il n'a pas besoin de soutenir des dents pour exister, puisque les ruminans, qui manquent d'incisives, en sont pourvus. Cette différence ne tient toutefois qu'à ce que la suture qui unit l'os incisif au maxillaire s'est effacée dans l'homme, car cet os est distinct dans le fœtus, et chez certains enfans dont la tête, très-grosse, a de la tendance à l'hydrocéphale. La suture se conserve quelquefois jusqu'à sept ou huit ans, et même au-delà, dans les races d'hommes qui ont le museau un peu allongé, comme les Hottentots et les Nègres. On prétend même qu'elle persiste, chez ces derniers, jusqu'à l'âge de vingt ans. Il est vrai qu'elle n'est visible qu'à la face interne ou inférieure, tandis que, dans l'orang-outang, on l'aperçoit également à la face antérieure.

Cette suture semble être en rapport avec le grand prolongement de la face, qui est un autre caractère par lequel les animaux se distinguent éminemment de l'homme. Si l'on prend une série d'animaux vertébrés, à commencer par l'homme, et surtout par l'Européen, et qu'on examine la forme extérieure du crâne envisagé de profil, on s'apercevra qu'à mesure qu'on descend dans l'échelle, le nez et la bouche s'allongent, en même temps que le crâne s'aplatit. Le front, si distinct et si beau dans l'Européen, fuit toujours en arrière, et finit par devenir nul. A mesure que le crâne diminue et s'aplatit, la face devient plus volumineuse : les organes des sens externes, de ceux qu'on peut appeler les sens brutaux, se développent, et les impressions que les objets extérieurs font sur ces sens deviennent plus fortes. Voilà d'où vient l'importance en histoire naturelle des divers moyens qu'on a imaginés pour assigner la proportion de la face au crâne, et dont nous nous sommes occupés ailleurs (*Voyez* CRANIOMÉTRIE). Le premier moderne qui en a conçu l'idée, y arriva plutôt par son génie que par le raisonnement. Camper trouva le moyen d'indiquer ce rapport en traçant une ligne droite le long du palais, et une autre le long du visage, de manière que toutes deux formassent un angle en se réunissant. Le plus ou moins d'ouverture de l'angle indique le degré d'intelligence ou de stupidité de l'animal. Cette observation, qu'il ne faut toutefois pas considérer comme rigoureusement et constamment vraie, semble avoir déjà été faite par les anciens, surtout par Aristote, et c'est d'elle que dépend vraisemblablement la différence que nous remarquons entre les têtes idéales et les portraits de l'antiquité. Ayant reconnu que le caractère de l'animalité consiste dans la saillie de la face et le développement extrême des organes des sens brutaux, lorsqu'ils ont voulu représenter des êtres plus qu'humains, des dieux, les anciens leur ont donné

un angle facial de quatre-vingt-dix degrés et même au-delà : ils n'ont donc pas fait les têtes de leurs dieux d'après des modèles humains. Si l'on examine les différentes races d'homme, on s'aperçoit que l'angle facial n'est pas le même chez toutes, qu'il est bien moins ouvert chez les nègres, et que c'est à la saillie des os maxillaires que ce peuple doit la grosseur de ses lèvres. Cependant, s'il arrivait, par l'effet de quelques circonstances, que le crâne, qui paraîtrait très-gros à l'extérieur, fût cependant très-petit à l'intérieur, l'angle facial ne pourrait donner qu'une fausse indication dans ce cas. C'est précisément ce qui avait échappé à Camper, et ce dont l'éléphant nous fournit la preuve. La tête de cet animal est très-volumineuse, et l'angle facial approche beaucoup de quatre-vingt-dix degrés ; mais cette tête est remplie de sinus, de vides, qui communiquent avec le nez ; il n'y en a qu'une très-petite portion qui soit occupée par le cerveau. Il en est de même pour la plupart des quadrupèdes, qui ont les sinus plus ou moins développés.

L'homme est donc, de tous les animaux, celui qui a le plus grand espace pour ceux de ses organes dans lesquels exclusivement se passe l'action de penser.

Son cerveau est, comme celui de tous les animaux vertébrés, le centre auquel aboutissent toutes les sensations, et d'où partent tous les actes de la volonté. Il est formé des mêmes parties que celui des autres mammifères ; ces parties ne diffèrent que par de légères nuances dans la configuration, mais l'ensemble diffère aussi par la forme générale, par le volume, et surtout par l'intimité plus grande établie entre toutes les parties. Le cerveau de l'homme est le plus gros de tous. Quelques oiseaux ont, à la vérité, un encéphale dont le poids, relativement à celui du corps, se trouve dans la même proportion que chez l'homme, ou même supérieur ; mais cela tient à la légèreté du corps des oiseaux et aux grands vides qui existent dans leur intérieur. D'ailleurs leur cerveau n'a pas, à beaucoup près, une structure aussi compliquée et aussi parfaite que celui de l'homme. D'un autre côté, la proportion du poids du cerveau à celui du corps ne fournit pas une indication certaine, parce que le poids du corps varie selon l'état de maigreur ou d'embonpoint. Une autre bien plus sûre, dont on doit la découverte à Sœmmerring, est celle de la masse encéphalique elle-même comparée à la masse des nerfs qui communiquent avec elle : ces nerfs sont infiniment plus gros dans les animaux, qui vivent sous l'empire des sens extérieurs, que dans l'homme, qui obéit davantage aux impulsions de l'intelligence. L'homme est celui de tous les animaux qui a la moelle épinière la plus petite relativement.

Les hémisphères du cerveau, dans lesquels il paraît que

réside la fonction propre de l'organe cérébral, sont beaucoup plus gros et plus garnis de circonvolutions que ceux des autres animaux. Il n'y a que chez lui et chez quelques singes que leur partie postérieure recouvre le cervelet, et contienne l'appendice du ventricule latéral désigné sous le nom d'ergot. Chez les autres animaux, le cervelet est à découvert.

Dans les singes, les circonvolutions sont bien moins nombreuses ; elles diminuent de plus en plus dans les autres mammifères, à quelques exceptions près : la raison et le jugement deviennent aussi de moins en moins prononcés, dans la même proportion.

Le cervelet de l'homme est très-petit; il se fait remarquer par le volume considérable de ses hémisphères, par rapport à celui de la partie moyenne, ou de l'éminence vermiforme, cachée entre eux. On trouve quelque chose d'analogue dans les singes, mais déjà le ver commence à grossir; l'augmentation de son volume devient encore plus considérable dans les autres animaux.

La petitesse de la face de l'homme montre combien la partie du système nerveux affectée aux sens externes, a peu de prédominance. En effet, toutes les sensations extérieures sont d'une force médiocre chez nous, mais elles sont toutes aussi, par une heureuse compensation, délicates et bien balancées.

L'homme a l'œil fait à peu près de même que celui de tous les animaux vertébrés, du moins quant aux parties essentielles; cependant les oiseaux sont plus avantagés que lui sous ce rapport; on en conçoit facilement la raison, quand on se rappelle qu'ils sont obligés de s'élever très-haut dans les airs, qu'ils doivent voir leur proie de loin, et qu'ils la doivent voir également lorsqu'ils en sont très-près, sans quoi elle leur échapperait. Mais, si l'homme est privé de la faculté de diminuer à volonté la distance qui sépare le cristallin de la rétine, en sorte que les limites de sa vision distincte sont très-étroites, et que l'activité de sa vue se trouve restreinte à une distance et à un degré de lumière déterminés ; s'il a peu de dilatabilité dans la pupille, s'il a moins de muscles oculaires que les autres mammifères, s'il est privé des moyens de supporter l'influence d'une lumière très-vive, sans en être incommodé, en un mot, si, à l'égard de la vue, en général, il est très-rabaissé au-dessous des oiseaux et même de beaucoup de mammifères, si ses deux yeux sont placés de face et dirigés en avant, ce qui ne lui permet pas de voir des deux côtés à la fois, il peut, ayant plus d'unité dans les résultats de sa vue, fixer davantage son attention sur les sensations de ce genre. Cependant son œil présente quelques caractères propres à lui seul, tels que le pli

et la tache jaune de la rétine, dont l'usage est encore totalement inconnu.

On trouve des différences encore plus importantes à l'égard de l'odorat. La force de ce sens, considéré dans des animaux différens, doit être d'autant plus grande, toutes choses égales d'ailleurs, que la membrane pituitaire a plus d'étendue. Or, pour que celle-ci soit plus vaste, il faut que les parois osseuses de l'intérieur le soient aussi, ensorte que, par l'ampleur de ces parois, on peut déterminer jusqu'à un certain point la force de l'odorat des animaux. Dans l'homme, on trouve une cloison simple, des cornets inférieurs et quelques autres plus compliqués qui appartiennent à l'ethmoïde; ces cornets ne représentent qu'une seule courbe; les sinus sont peu développés. Donc, l'homme, en considérant, soit l'étendue générale des cavités nasales, soit le développement de la membrane pituitaire, soit enfin la quantité de vapeurs odorantes que peuvent contenir les sinus, est moins avantagé, sous tous ces rapports, que les autres mammifères. Non-seulement son odorat ne peut s'exercer à de certaines distances, mais encore il est très-faible et renfermé dans d'étroites limites; cependant on ne saurait disconveuir non plus qu'il n'ait ce sens fort délicat, quoique Cuvier soit allé un peu loin, en disant qu'il paraît être le seul animal qui puisse être affecté par les mauvaises odeurs.

Le goût réside dans la membrane qui tapisse la langue, et, à ce qu'il paraît, dans les plus petites papilles dont la surface de cet organe est garnie. Pour établir, sous ce rapport, un parallèle instructif entre l'homme et les animaux, il faudrait connaître les détails de la structure des papilles : cette connaissance nous manque encore. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, suivant toutes les apparences, l'homme a un goût plus parfait qu'aucun autre animal, ou du moins qu'il a de l'avantage, à cet égard, sur tous les animaux dont la langue est recouverte d'écailles.

Notre oreille, quoique garnie d'une conque peu mobile et peu étendue, qui n'augmente, par conséquent, pas beaucoup l'intensité des sons, est cependant fort délicate pour ce qui concerne les qualités du son dépendantes de la longueur et de la tension des corps vibrans. Il n'y a pas d'apparence qu'aucun mammifère nous surpasse sous ce point de vue : quelques oiseaux seuls nous égalent. Mais, pour ce qui concerne les sons faibles, l'homme les entend moins que les mammifères, ce qui tient au peu de développement du pavillon de son oreille.

Le toucher fait percevoir à l'homme trois sortes de qualités du corps, leur degré d'échauffement, leur degré de résistance, solidité, mollesse, dureté, élasticité, liquidité; leur figure, leur rondeur, leurs angles, leurs aspérités, etc. Ces trois sortes

de qualités ne se laissent pas déterminer également par la même espèce d'organes. Le tact réside dans la peau en général, mais toutes les parties de la peau ne sont pas susceptibles de recevoir toutes ces impressions. La peau de l'homme, qui est nue, privée de poils, reçoit très-bien la chaleur des corps; mais, pour connaître la forme de ces mêmes corps, il faut une multiplication de l'organe tactile, c'est-à-dire des appendices fixes, qui soient susceptibles de s'éloigner, de se rapprocher, de s'opposer en pince, de manière à envelopper toutes les parties du corps dont on veut apprécier la forme. Les animaux, au contraire, ont le corps couvert d'écailles, de poils ou d'épines, en sorte qu'ils ne peuvent apprécier que difficilement et impaifaitement le degré de résistance ou la figure des objets. Les chauve-souris seules sont plus avantagées que l'homme sous ce point de vue, et c'est ce qui avait déterminé Spallanzani à leur accorder un sixième sens, ce que les naturalistes n'ont point adopté, attendu qu'on explique fort bien tous les phénomenes qu'elles présentent par le grand développement de la peau de leurs ailes, par le volume et le nombre des nerfs qu'elles reçoivent.

Si maintenant nous tournons nos regards sur la génération, nous voyons qu'on peut considérer dans cette fonction, et la quantité de sécrétion, qui détermine son énergie, et la forme des organes, qui détermine la sensibilité.

Sous ces deux rapports, l'homme est encore renfermé dans des limites beaucoup plus étroites que les autres animaux. A l'égard de la sécrétion de la liqueur spermatique, il a les veines du testicule plus nombreuses, plus grosses, et formant un tissu beaucoup plus lâche, en sorte que le sang qui arrive dans la glande, a le chemin plus ouvert pour retourner dans le torrent de la circulation. Il est probable que de là résulte une moindre sécrétion de sperme. On peut expliquer ainsi, jusqu'à un certain point, la modération des désirs de l'homme, qui, bien que disposé en tous temps aux plaisirs de l'amour, n'y est jamais entraîné avec cette espèce de fureur frénétique à laquelle presque tous les autres animaux sont en proie au temps du rut.

Quant à la forme du pénis, l'homme n'a pas le membre viril soutenu par un axe osseux; une peau insensible le revêt en grande partie; il n'y a que la seule extrémité, le gland, qui jouisse du degré d'excitabilité nécessaire pour provoquer l'éjaculation. Chez les autres animaux, la verge est, à la vérité, pendant le repos, retirée dans un fourreau analogue au prépuce de l'homme; mais elle conserve une peau délicate et beaucoup plus sensible. C'est ce qu'on observe déjà dans les singes, chez lesquels, quoique l'organe soit enveloppé dans

un fourreau, le gland, fort allongé, forme, durant l'érection, plus des deux tiers de l'organe.

On a voulu aussi établir les caractères distinctifs de l'homme par rapport aux organes femelles. Linné avait marqué, comme n'appartenant qu'à lui seul, l'hymen, le clitoris et les nymphes; mais ces parties se retrouvent dans les mammifères. L'existence de l'hymen, en particulier, ne tient donc pas à des causes morales, comme l'ont prétendu quelques écrivains à courtes vues; il n'a aucun rapport avec les devoirs sociaux, puisqu'il existe dans tous les mammifères.

L'homme, par le moyen de ses sens extérieurs, est mis en rapport avec tout ce qui l'entoure. Par le moyen de la voix, il est dans le cas d'indiquer à ses semblables les différentes impressions qu'il reçoit du dehors. Il a une multitude de signes par lesquels il peut exprimer ses idées, et les communiquer aux autres hommes. A la vérité, le genre de ces signes peut être arbitraire en lui-même. L'homme peut exprimer différentes idées par les divers mouvemens des doigts, par les inflexions qu'il donne à ses membres; mais ces signes peuvent varier à l'infini, et ne sauraient être vus que par ceux qui sont placés devant l'individu qui les fait. Aussi la mimique, langue des yeux et du tact, n'est-elle employée que par les muets; les autres ne s'en servent que pour donner plus d'énergie et de chaleur au langage articulé. Il n'en est pas de même de la parole; elle est beaucoup plus commode, on l'emploie sans peine, et elle se fait entendre aisément de tous côtés. Chaque individu perçoit la voix également dans toutes les directions. L'homme seul est doué de la faculté d'articuler des sons, lui seul peut exprimer ses idées par des signes convenus.

La voix consiste en différens sons représentés par les lettres de l'alphabet. Il y a deux espèces de ces sons, les voyelles, qui sont les sons eux-mêmes, et les consonnes, qui sont les articulations de ces sons. La prononciation des voyelles dépend d'une certaine ouverture du larynx et des lèvres; celle des consonnes, d'un certain mouvement de la langue, des dents et des lèvres. Les premières déterminent le degré d'ouverture, les autres les différentes formes qu'il faut donner à la bouche pour prononcer les divers mots. Ces différentes figures qu'on doit donner aux lèvres pour parler, sont telles, qu'elles ne peuvent être imitées que par un petit nombre d'animaux. Or, cela tient évidemment à la forme de la bouche. L'homme a la bouche très-courte; ses deux mâchoires sont en quelque sorte tronquées; ses dents forment en avant des lignes presque droites; ses lèvres sont dans le même plan, très-mobiles, et faciles à rapprocher l'une de l'autre. Les autres mammifères, à l'exception des singes, ont les mâchoires très-allongées, les

premières dents fort avancées, et les postérieures très-reculées. La fente des lèvres n'est pas dans une seule ligne transversale, mais elle s'étend beaucoup du côté des oreilles, tandis que, dans l'homme, elle ne se remarque qu'à la partie antérieure de la tête. L'homme a aussi beaucoup plus de muscles labiaux que les mammifères, et même que les singes. Chez ces derniers, ils se réduisent à trois ou quatre pour la lèvre supérieure, et à deux pour l'inférieure, avec le sphincter; en sorte que leurs lèvres sont susceptibles de beaucoup moins de mouvemens. Les autres mammifères ont encore moins de muscles, et la plupart d'entre eux se trouvent même réduits à un simple tissu musculeux, aussi ne peuvent-ils imiter la prononciation des consonnes. Les singes seuls approchent un peu de nous à cet égard, principalement l'orang-outang : néanmoins ils ne parlent pas, sans doute par le seul effet du moindre développement de leurs facultés intellectuelles, car ils ne laissent échapper que des sons inarticulés, peinture de leurs affections et passions du moment, comme il arrive aussi aux sourds-muets, et comme on l'a observé chez les enfans trouvés sauvages. Camper prétendait que l'impossibilité dans laquelle l'orang est de parler, tient à ce que la nature a placé, près de son larynx, une poche qui n'existe pas dans l'homme, et qui éteint tout à fait sa voix, en absorbant l'air. En effet, les deux ventricules de sa glotte sont allongés chacun en un canal qui se recourbe, et vient aboutir dans un sac placé sous la gorge, de sorte que, quand l'air sort du poumon, il est obligé, à l'instant où il devrait traverser la bouche et le nez, de remplir ce sac, ce qui rend la voix de l'orang sourde et comme étouffée. C'est avec raison que Vicq-d'Azyr s'est élevé contre l'assertion de Camper, car l'existence du sac laryngé serait plutôt favorable que défavorable à la voix, comme l'a fort bien démontré Kempelen. Tout au plus pourrait-elle lui imprimer un timbre particulier, un caractère plus ou moins voisin de celui qu'elle présente dans l'engastrymisme. Lordat a fort bien senti que l'absence de la parole chez les animaux ne saurait tenir à des obstacles mécaniques, et que, si le singe ne parle pas, c'est qu'il n'a rien à dire. Donnez-lui un cerveau plus parfait, de sorte qu'il puisse arriver à un plus grand nombre de conceptions abstraites, et à coup sûr il ne manquera pas d'articuler des sons, de se créer un véritable langage plus ou moins parfait. L'enfant lui-même ne commence à parler que quand le jugement commence aussi à naître en lui. Les physiologistes sont loin d'avoir apporté, dans cette importante discussion, l'impartialité et la philosophie sans lesquelles on ne peut espérer d'arriver à un résultat satisfaisant. Ce qui achève de prouver combien Camper s'est trompé

dans l'exposition qu'il a donnée des raisons pour lesquelles l'ourang-outang ne peut pas parler, c'est qu'on observe le sac laryngé dans d'autres singes, qui ne sont pas muets pour cela; tel est, entre autres, l'alouatte, vulgairement appelé singe hurleur, dont les hurlemens effroyables se font entendre à une grande distance; la voix n'est donc pas étouffée, absorbée chez lui, et il parlerait si des dispositions organiques autres que celles qui tiennent à son larynx, ne s'y opposaient pas.

Le larynx de l'homme est composé de plusieurs cartilages, dont le principal est le cricoïde. Sur ce cartilage sont placés les deux aryténoïdes, de forme pyramidale, articulés par leur base, et susceptibles de se mouvoir en avant et en arrière, de s'écarter, de se rapprocher l'un de l'autre. Le tout est protégé en devant par le cartilage thyroïde, dont la partie supérieure porte l'épiglotte, au-dessous de laquelle, et entre les deux aryténoïdes, se trouve l'ouverture désignée sous le nom de glotte. De chaque aryténoïde part un petit ligament, dont le bord est attaché à la face postérieure du cartilage thyroïde, et au-dessous, l'on remarque les ventricules de la glotte, formant une cavité peu profonde. L'air qui sort du poumon est obligé de traverser la glotte, ce qu'il ne peut faire sans écarter les deux ligamens ou cordes vocales; or, en les écartant, il les fait vibrer, ce qui produit le son; c'est ensuite en élevant ou abaissant le larynx, écartant ou rapprochant les aryténoïdes, ouvrant ou fermant la bouche, que se produisent les différens sons des voyelles. Ainsi l'ouverture de la glotte détermine les sons graves ou aigus, celle de la bouche, la qualité du timbre, et la forme des lèvres, les voyelles et consonnes.

L'homme a peu de promptitude dans les mouvemens, et peu de force dans les membres. Il n'a aucune arme offensive ou défensive. En voilà assez pour annoncer qu'il n'est pas destiné à vivre de chair. Ses dents ne l'indiquent pas non plus; elles ne sont pas tranchantes comme celles des carnassiers; elles ne se croisent pas, comme il faudrait qu'elles le fissent pour couper la chair. Sa mâchoire inférieure est articulée de manière qu'elle peut jouer à droite et à gauche, ce qui n'a pas lieu dans les carnassiers, où elle est serrée, ne pouvant que s'élever et s'abaisser. Ses dents ne sont pas tout à fait plates, comme celles des herbivores, mais elles sont armées de diverses tubercules. Ainsi, à cet égard, comme à tant d'autres, il tient le milieu. Il est destiné à vivre principalement de fruits, de racines, et d'autres substances faciles à broyer. Ce n'est qu'au moyen de l'art qu'il parvient à faire servir la chair à son alimentation, et en effet, on observe que les peuples même les plus sauvages la font cuire pour la rendre plus molle et plus facile à digérer.

Les organes de la digestion, conformes à ceux de la mastication, annoncent surtout que l'homme est destiné à des alimens moyens pour la qualité nutritive. Son estomac tient le milieu entre la faiblesse de celui des carnivores et l'énorme épaisseur de celui des herbivores. Il est simple, quoique recourbé sur lui-même, et il a ses deux orifices à peu près sur la même ligne transversale, tandis que, dans les carnivores, il est simple, mais presque droit, et que, dans les herbivores, il est replié et multiple. Le canal intestinal de l'homme est médiocre aussi. Les intestins grêles, quoique très-longs, ne le sont pas, à beaucoup près, autant que ceux des herbivores, mais le sont plus que ceux des carnassiers. Le cœcum est plus gros et plus court que dans ces derniers, mais il n'approche pas de celui des herbivores, qui est très-long, contourné, replié sur lui-même. Le colon est gros et boursouflé, mais jamais autant que dans les herbivores. Les glandes mésentériques ne sont ni réunies en une seule masse, comme dans les carnivores, ni aussi dispersées que celles des herbivores.

Quant aux autres organes, ils ne peuvent entrer dans l'esquisse rapide que nous avons eu l'intention de tracer ici. Ils appartiennent à tous les animaux vertébrés, et sont à peu près les mêmes chez tous. Le cœur, les poumons, le foie, et la plupart des autres viscères de l'homme, ne présentent que des différences peu importantes d'avec ceux des autres mammifères. Faisons remarquer toutefois qu'il n'y a pas jusqu'à la position du cœur et des gros vaisseaux qui ne soit relative à la station verticale; effectivement, le cœur repose obliquement sur le diaphragme, et comme sa pointe regarde à gauche, il résulte de là une distribution de l'aorte différente de de celle que cette artère offre dans la plupart des mammifères.

Nous avons vu que la faiblesse de l'homme était la source de sa supériorité sur tous les autres animaux, en l'obligeant de mettre en œuvre sa puissance intellectuelle, auprès de laquelle la force purement physique paraît sans énergie. Cette faiblesse et les nombreuses conséquences qui en découlent, tel est le régulateur de la destinée de l'homme, telle est la source de tout ce qu'il entreprend, de tout ce qu'il accomplit.

Les animaux, même les plus voisins de l'homme, arrivent rapidement au dernier degré de leur développement, et éprouvent de bonne heure le besoin de se livrer à l'acte qui doit les reproduire. L'homme, au contraire, a une enfance et une jeunesse très-longues. Il a, pendant long-temps, besoin, non pas seulement du lait, mais encore des secours de sa mère et du soutien de son père. Son éducation n'est donc pas purement physique, elle est encore intellectuelle. De là naît, entre l'enfant et ses parens, un attachement réciproque et durable, d'où résul-

tent l'institution de la famille et, par suite, celle de la société elle-même. La sociabilité et la disposition à se seconder mutuellement sont donc deux penchans inhérens à la nature même de l'homme. Elles accroissent, à un point prodigieux, les avantages qu'il tient de son intelligence et de son adresse. Ces quatre qualités réunies compensent amplement l'absence ou du moins la faiblesse des dispositions instinctives. L'homme, en effet, s'il a ce qu'on appelle de l'INSTINCT, en a fort peu; il n'a point d'industrie constante qui soit le résultat, non d'images innées, comme on l'a dit, mais de son mode particulier d'organisation. Tout ce qu'il sait, il le tient de ses devanciers ou de ses propres sensations, soit externes, soit internes. « Ses connaissances, dit Cuvier, transmises par la parole, fécondées par la méditation, appliquées à ses besoins et à ses jouissances, lui ont donné ses arts. La parole et l'écriture, en conservant les connaissances acquises, sont, pour l'espèce, la source d'un perfectionnement indéfini. C'est ainsi qu'elle s'est fait des idées, et qu'elle a tiré parti de la nature entière. » Toutes ces assertions sont d'une justesse évidente, à l'exception cependant de ce qui concerne la perfectibilité de l'homme; car, si cette perfectibilité a des limites fort étendues, il y a par trop d'orgueil à la croire indéfinie, c'est-à-dire presque sans bornes. L'éducation peut beaucoup, sans doute, elle peut modifier profondément l'organisation, mais il y a un terme à son pouvoir, et cela est vrai au moral comme au physique : l'histoire des sciences ne le prouve que trop, en nous les montrant qui roulent dans un cercle à peu près uniforme, en nous faisant voir l'esprit humain qui revient toujours sur ses pas après avoir fourni une certaine carrière. Ainsi, nous voyons la population croître et diminuer tour à tour sur divers points du globe, et les nations briller et disparaître comme les familles. Il ne reste plus que le nom des Guanches et des Caraïbes; le sol de l'Egypte nourrit à peine encore quelques tristes descendans de la nation puissante et industrieuse qui l'a couvert de monumens gigantesques; l'Italie, la Grèce, les côtes septentrionales de l'Afrique sont dépeuplées; mais au nord de l'Europe et de l'Amérique vivent des nations nouvelles, entre les mains desquelles ont passé tous les avantages que possédèrent, pendant si long-temps, les peuples méridionaux. Ne peut-on pas prévoir déjà une époque où, achevant le tour du globe, après avoir brillé successivement en Asie, en Afrique et en Europe, la civilisation concentrera ses lumières et répandra ses bienfaits sur le continent vierge de l'Amérique, où l'aurore de la liberté commence à produire les germes d'un nouvel état moral et politique, qui imprimera un grand élan à la pensée, et la vivifiera?

Dans un ouvrage tel que celui-ci, nous ne devons qu'indiquer l'origine de la société, sans tracer l'histoire de ses diverses phases, sans entrer dans l'examen des circonstances qui, de tous temps, ont retenu l'état social à certains degrés, ou qui ont avancé son développement; ce serait empiéter sur le domaine de l'antropologie, et s'engager dans un travail devant les immenses difficultés duquel il fallait tout le génie de Herder pour ne pas reculer. Mais nous devons nous arrêter à l'exposition de certaines causes intrinsèques qui, même au milieu des circonstances les plus favorables, paraissent s'opposer aux progrès de quelques associations d'hommes. Ce sujet intéressant se rattache, en effet, d'une manière immédiate, à la physiologie générale, qui fournit les données nécessaires pour l'approfondir.

On regarde l'espèce humaine comme unique, parce que tous les individus qui la composent peuvent se mêler indistinctement, et produire des individus féconds. Nous reviendrons plus loin sur cette proposition. Ceux qui l'admettent pour vraie ne peuvent cependant disconvenir qu'il n'y ait entre les hommes certaines conformations héréditaires, certaines nuances dans la taille, la forme de tout le corps, ou de quelques-unes de ses parties, notamment de la face et du crâne, la couleur de la peau, la disposition des cheveux, et même le degré de perfectibilité. Ce sont ces nuances qui constituent ce qu'on a appelé des races ou variétés.

Pour plus de précision, comparons d'abord ensemble les deux races les plus différentes, la blanche et la nègre.

On a donné à la première le nom d'européenne, de blanche et de caucasique : la première dénomination ne lui convient pas; en effet, cette race s'étend dans d'autres pays que l'Europe; elle couvre une vaste étendue de l'Asie mineure, la Syrie et la Perse; une grande partie des nations de la presqu'île en-deçà du Gange lui appartient; elle s'étend aussi en Afrique, et peuple, non-seulement l'Arabie toute entière, mais encore toutes les côtes septentrionales de ce vaste continent, et une grande portion des contrées intérieures qui les avoisinent; enfin, elle a étendu ses colonies et ses conquêtes dans des pays où d'autres races forment encore aujourd'hui, ou du moins formaient autrefois la majorité de la population, par exemple, en Amérique. Le nom de blanche ne lui convient pas mieux, car sa couleur varie singulièrement : les Suédois, les Norwégiens, les Danois, sont blancs, avec des cheveux blonds; les Allemands, les Français, les Anglais, sont moins blancs, avec des cheveux variés, mais intermédiaires entre le noir et le blond; les Espagnols, les Italiens, sont très-basanés, et ont les cheveux plus noirs; les Barbaresques, les Maures, les Arabes, sont

tout à fait basanés; enfin, quelques peuplades d'Afrique et de l'Hindostan, sont presqu'aussi noires que les nègres. L'épithète la mieux appropriée est celle de caucasique, parce que la tradition, d'une part, et la filiation des peuples, de l'autre, semblent la faire provenir du groupe de montagnes situé entre la mer Noire et la mer Caspienne, d'où elle s'est répandue en rayonnant, et où l'on en retrouve encore aujourd'hui le type, car les peuples du Caucase passent pour être les plus beaux de la terre, quoique les voyageurs aient singulièrement exagéré la beauté des Georgiennes et des Circassiennes.

La race nègre ou éthiopienne est beaucoup plus concentrée que la précédente; elle peuple toutes les parties méridionale de l'Afrique, depuis le mont Atlas jusqu'au cap de Bonne-Espérance. On ne doit pas non plus tirer son nom de sa couleur : quoiqu'en général elle soit noire, elle présente cependant quelques différences sous ce rapport. Les Hottentots et les Cafres sont plus pâles que les nègres de la zône torride. On ne peut également pas la désigner sous le nom d'africaine, attendu qu'elle se retrouve en Amérique; quoiqu'à la vérité elle y ait été transportée par violence, cependant elle s'y est multipliée, et s'y propage encore; les circonstances ont même voulu qu'elle finît par y reconquérir la liberté, et fonder un état dont l'indépendance paraît désormais assurée, sinon par la volonté des gouvernemens, du moins par la force irrésistible des choses.

La race éthiopienne diffère de la caucasique par un grand nombre de qualités physiques, dont la couleur ne fait que la plus petite partie. En effet, cette couleur est si peu le seul caractère distinctif du Nègre, qu'on reconnaîtrait une statue d'homme de cette race, fût-elle même de marbre blanc. Il y a donc des caractères particuliers différens de ceux qu'on observe dans la race caucasique. Ces caractères sont tirés du squelette, des parties molles du corps et des organes des sens.

Les plus frappans tiennent aux parties osseuses. L'aplatissement du nez des Nègres ne vient pas, comme on l'a prétendu, d'une pression qu'ils auraient éprouvée dans leur jeune âge, soit parce que ces peuples ont des idées de beauté différentes des nôtres, soit parce que les mères, en portant les enfans sur le dos, leur écrasent le nez; car si l'on examine des têtes de fœtus de Nègres, on trouve déjà le nez très-large, le front reculé en arrière, et les lèvres saillantes. Ces particularités sont donc inhérentes à la structure constitutionnelle de la race. Si l'on examine la tête osseuse, on reconnaît aussitôt que les mâchoires sont plus saillantes, et que les dents supérieures forment un angle avec les inférieures, tandis que, dans les belles têtes de blancs, elles sont à peu près disposées

sur la même ligne que ces dernières. C'est cette saillie des mâchoires qui fait paraître le nez écrasé. Elle nécessite aussi de plus grosses lèvres pour couvrir des dents plus avancées.

La proéminence des lèvres distingue le Nègre, non-seulement de la race caucasique, mais encore de tous les animaux connus, ceux-ci n'ayant pas de lèvres proprement dites. Ils ont bien quelques parties charnues qui recouvrent la bouche, et qui, lorsqu'elle est fermée, cachent les dents; mais cet appendice n'offre pas la peau fine, douce et colorée en rose, qu'on aperçoit dans l'espèce humaine. L'orang-outang lui-même, qui est si voisin de nous, a la peau des lèvres absolument semblable à celle du reste du corps.

Il y a quelqu'analogie, quant à l'articulation de la tête, entre ce qu'on rencontre chez le Nègre et ce qui s'observe chez les singes. Quand on prend deux crânes, l'un de Blanc, l'autre de Nègre, tous deux de grandeur égale, et qu'on les place l'un contre l'autre, de manière à adosser le plus possible les deux trous occipitaux, on voit qu'il y a moins de distance entre ce même trou et l'extrémité antérieure de la base du crâne, chez le Blanc que chez le Nègre. Il résulte de là que le Blanc porte la tête droite sur le cou, qu'il a une nuque fort courte et concave, et que son crâne fait une saillie considérable en arrière. Dans le Nègre, au contraire, la nuque ne forme qu'une concavité peu profonde, et elle est placée à peu près sur la même ligne que le crâne.

Les parties extérieures de la tête ne diffèrent pas moins que les intérieures, dans le Nègre. Chacun sait qu'il a le crâne couvert d'une laine crêpue, très-fine, élastique, luisante, et d'un noir de jais complet, au lieu que le Blanc a des cheveux longs, d'un brun plus ou moins foncé, mais jamais d'un noir aussi mat. Ce n'est cependant qu'à un certain âge que les Nègres prennent ces cheveux crêpus; leurs enfans, en venant au monde, les ont doux et longs.

Les sourcils du Nègre diffèrent peu des nôtres. Les cils sont plus nombreux, plus serrés et plus dressés.

La chevelure tranche net avec la peau. On ne trouve pas, sur le front, ni sur la nuque, ces poils courts et fins, qui marquent le passage des cheveux à la peau, chez le Blanc.

Les paupières sont plus fendues, plus remplies par le globe de l'œil, qui paraît plus grand. Le vestige de la troisième est plus considérable.

L'iris est toujours brun. Le vernis de la choroïde est beaucoup plus noir et plus épais : on l'aperçoit même au dehors, entre cette membrane et la sclérotique. La rétine est plus ferme et moins transparente. La conjonctive est toujours plus ou moins teinte en jaune.

Le nez est plus écrasé à l'extérieur, et plus grand intérieurement. L'ouverture nasale antérieure est plus considérable. Les cornets inférieurs sont plus forts, plus grands, beaucoup plus divisés par petits creux, au moyen de petites lames saillantes, ce qui rend l'odorat plus fin. La partie postérieure du nez et les arrière-narines sont plus ouvertes. Les cornets se prolongent aussi davantage en arrière.

Le palais est plus long. La saillie des dents, tant supérieures qu'inférieures, fait que la cavité de la bouche est plus étendue, et que, par conséquent, le goût est plus développé.

Ce développement du goût et de l'odorat s'opère aux dépens de l'encéphale. En effet, le crâne est moins considérable. Son diamètre antéro-postérieur est plus court, le front plus rejeté en arrière, et l'occiput plus plat. Le diamètre transversal du crâne est également plus étroit, ce qui dépend de la plus grande profondeur des fosses temporales, et de l'écartement des arcades zygomatiques. L'ampleur des fosses temporales rend les muscles crotaphites plus forts, plus épais; et comme ce sont eux qui, conjointement avec les masseters, ferment la bouche, il en résulte que le Nègre a plus de force pour exécuter ce mouvement, et que ses organes de la mastication sont plus robustes : c'est ce que démontre aussi l'étendue de la fosse temporale en largeur. Dans le Blanc, cette fosse ne se fait remarquer que par une ligne qui dénote les limites du muscle crotaphite; dans le Nègre, la ligne est plus saillante, et le diamètre total de la fosse beaucoup plus considérable.

La lame cribleuse de l'ethmoïde du Nègre est plus longue, plus large et plus profonde que celle du Blanc. On y compte un plus grand nombre de trous; c'est un indice de la force de l'odorat, et une analogie avec les mammifères.

L'intérieur du crâne a moins de capacité que dans le Blanc. Cette différence est d'autant plus sensible, que les os sont plus épais et plus forts. La poitrine est plus mince et plus pyramidale, le bassin plus large, dans l'homme caucasique que dans le Nègre. Chez celui-ci, les os des îles sont plus rapprochés l'un de l'autre, en sorte que le corps est plus mince et la taille plus élancée; mais ce corps plus aminci par en bas est plus défavorable pour la conservation de l'équilibre, et l'est d'autant plus que la poitrine présente moins de largeur que dans le Blanc.

Les doigts sont un peu plus longs, à proportion du corps, et surtout de leur grosseur. Le pied est en général plus plat, le tibia est plus arqué en avant, de sorte qu'une portion du mollet des Nègres semble se trouver dans ce même sens.

Les parties molles offrent aussi quelques différences. La

peau a une couleur fort différente : elle est plus ou moins noire. Cette teinte ne se voit pas dans les enfans Nègres, qui naissent blancs avec une tache au nombril. Cette race conserve toujours l'intérieur des mains et la plante des pieds d'une couleur moins foncée que le reste du corps.

La couleur noire du Nègre est intérieure, et inhérente au corps muqueux. On a prétendu l'attribuer à la chaleur du climat, mais une pareille cause ne suffirait pas pour la produire. On a dit aussi qu'elle provenait de la qualité du sang, du caractère bilieux du tempérament; mais ce n'est point là une explication; car pourquoi les Nègres auraient-ils plus de sang? Pourquoi leur tempérament serait-il bilieux? Et qu'a-t-on voulu dire par ce mot *tempérament?* Il faut donc convenir que la couleur de la peau est un caractère dépendant de la constitution propre de la race éthiopienne, tout comme le reculement de leur front, que nul homme raisonnable ne sera tenté sans doute d'attribuer à la chaleur du climat. D'ailleurs, depuis qu'on transporte des Nègres en Amérique, ils n'y ont pas pris la teinte qui caractérise les peuples originaires de cette partie du monde.

Ce n'est pas par un effet du hasard que la race éthiopique se trouve renfermée dans des limites étroites de civilisation, et qu'elle est toujours restée barbare, tandis que la race caucasique s'est élevée au faîte de la culture et de la grandeur, partout où elle n'a pas été gênée par un gouvernement despotique, et par conséquent ennemi de tout ce qui tend à éclairer le peuple. Ce n'est pas par un effet du hasard que les Blancs se sont réunis en grandes masses pour produire des effets généraux d'autant plus utiles à la société, qu'ils étaient plus considérables. Ce n'est pas enfin par un effet du hasard que les Nègres ont toujours été partagés en petites peuplades qui se font continuellement la guerre entre elles, et qui sont en outre tourmentées par des guerres intestines; que la race caucasique a conquis toute la terre, soit par ses armes, soit par ses colonies, ou son commerce, tandis que les Nègres, au lieu de jamais rien conquérir, ont été toujours soumis à un joug étranger, ont langui dans un esclavage continuel, qu'ils regardent même comme si naturel, qu'ils se vendent réciproquement les uns les autres. Ces différences si énormes et si générales que les plus barbares d'entre les nations de la race caucasique le sont encore moins que les plus civilisées et les plus policées d'entre les peuplades nègres, doivent avoir leur source dans la nature même. On aurait des exemples de Nègres qui se seraient élevés au-dessus des autres par leur génie, s'il n'y avait pas dans leur organisation quelque chose même qui s'y oppose. Des exceptions rares ou des faits mal con-

tatés, dont toutes les circonstances ne sont pas bien connues, ou pu entraîner Grégoire au-delà du vrai, et le conduire à des erreurs, que leur source philantropique fait excuser, et rend même respectables; mais de quelle épithète qualifier l'assertion de Link, qui regarde la race Nègre comme la souche de toutes les autres? Ne valait-il pas mieux, ainsi que l'ont fait Moscati, Schelver et Doornik, faire provenir l'homme d'un singe perfectionné? Si l'idée n'était pas moins absurde, du moins était-elle plus conséquente, et il y a toujours une sorte de mérite à raisonner conséquemment, même en *déraisonnant.*

Entre ces deux races d'hommes, il y en a d'intermédiaires, qui ne sont pas tout à fait aussi élevées en organisation que la caucasique, mais qui le sont plus que la nègre. On ne possède pas autant de détails sur leur compte que sur celui des deux autres, parce qu'on n'a pas encore eu autant d'occasions de les observer avec le soin nécessaire.

La première, celle qu'on connaît le mieux après la nôtre, quoiqu'on ne puisse pas suivre aussi bien la filiation de ses différentes branches, est la mongolique, appelée aussi kalmouque, tartare, jaune ou olivâtre. Elle s'étend depuis la mer Caspienne jusqu'à l'Océan oriental, et habite toute la Tartarie indépendante, toute la Chine, la plus grande partie de la Sibérie, toute la Tartarie chinoise, l'empire du Japon, et la Corée. Elle paraît tirer son origine des monts Altaï. On lui a donné le nom de mongolique, de celui d'entre ses peuples qui a fait le plus de conquêtes, et qui s'est rendu trois fois redoutable à la terre sous Attila, Gengis et Tamerlan. Parmi les nations qui la constituent, on trouve deux états très-avancés pour la civilisation, la Chine et le Japon, où l'homme paraît s'être le plus anciennement policé, mais où, depuis un temps immémorial aussi, il est resté stationnaire au même degré. Cette race se distingue par son teint olivâtre ou d'un jaune verdâtre. Elle a les cheveux toujours noirs, forts, droits, lisses, tombans, rares et peu épais. La barbe est peu fournie, et ne s'observe guère qu'au menton et sur la lèvre supérieure. Un des principaux caractères des Mongoles consiste dans la largeur de leur tête, qui, vue par en haut, paraît être plus large que longue: elle est aplatie en devant. Les pommettes sont très-saillantes, d'où résulte l'aplatissement du visage. Cet écrasement de la partie moyenne de la face et cette saillie des parties latérales influent aussi sur la direction des yeux. Les paupières sont tirées en longueur, de manière que leur ouverture est fort étroite; l'angle externe est aussi plus élevé que l'interne.

Les Malais et les Américains forment encore deux races intermédiaires entre la blanche et la nègre. Les premiers habi-

tout le midi de la Pénisule au-delà du Gange, toutes les îles de l'Archipel indien, et presque toutes celles de la mer du sud. On conjecture qu'ils ont été produits par le mélange des Indiens avec les Chinois, c'est-à-dire par le croisement des races caucasique et mongolique. Quant aux Américains, sans avoir des caractères bien précis et bien constans, ils diffèrent toutefois assez des races de l'ancien continent, pour qu'on ne puisse les rapporter à aucune d'entre elles, quoique plusieurs systématiques aient soutenu que le Nouveau-Monde s'est peuplé peu à peu du nord au midi, et que ses habitans sont venus de la Tartarie.

Ces trois ou cinq coupes sont celles que la plupart des naturalistes admettent comme autant de races, qui, en effet, paraissent éminemment distinctes les unes des autres, surtout les trois premières. Mais il existe entre elles un nombre presqu'infini de nuances. Il s'en faut même que le plus haut degré de dégradation organique se rencontre chez les nègres, bien au-dessous desquels sont placés les Papous, nation encore peu connue à la vérité, mais sur laquelle nous en savons assez pour ne pas pouvoir douter qu'elle n'occupe un des derniers échelons, sinon même l'extrême du genre humain.

Une question se présente ici, et quoiqu'elle appartienne plus particulièrement à l'histoire naturelle, nous croyons devoir l'effleurer au moins, parce qu'elle se rattache aussi aux questions les plus générales, et par conséquent les plus importantes, de la physiologie. C'est celle de savoir si le genre humain ne forme qu'une seule espèce, ou s'il en embrasse plusieurs.

Ainsi posée, la question est insoluble, parce que les termes en sont trop vagues. Il ne faut donc pas être surpris qu'elle ait enfanté les hypothèses les plus opposées, et que chaque parti ait pu soutenir la sienne avec un égal avantage. Avant de s'en occuper, il aurait fallu rechercher ce qu'on doit entendre par le mot espèce, et c'est ce que la plupart des anthropologistes ont négligé. Nous ne reviendrons pas ici sur ce point, à l'égard duquel nous croyons être entrés dans tous les développemens nécessaires à l'article ESPÈCE; nous rappellerons seulement que ce mot n'exprime pas une chose réelle, mais seulement une abstraction de notre esprit, et qu'il n'a, en conséquence, qu'une valeur nominale. C'est donc s'occuper d'une chimère, que de discuter sur l'unité ou la disparité de l'espèce humaine, puisqu'il n'y a point d'espèces dans la nature, qu'on n'y trouve que des individus, qu'elle ne réalise jamais les créations abstraites auxquelles notre intelligence est conduite par les conditions fondamentales de son exercice, et qu'il n'est pas possible d'admettre pour l'homme une exception à une règle aussi générale, qui n'en connaîtrait pas d'autre. Ce qu'il fallait

chercher, c'est si l'on remarque des différences notables entre les divers peuples de la terre, sous le rapport de l'organisation. Or c'est un fait dont personne n'a jamais douté : mais on en a atténué, ou l'on s'en est dissimulé l'importance, parce qu'on partait toujours d'idées vagues et arbitraires touchant l'espèce, et les caractères sur lesquels on prétendait qu'elle doit reposer. Ainsi, l'on avait établi en principe, que l'épreuve de la génération conduit infailliblement à la connaissance de l'espèce, quoiqu'on violât à chaque instant cet axiôme, en séparant, comme autant d'espèces distinctes, des animaux susceptibles d'engendrer ensemble. Or on voyait les hommes de toutes les races propager indistinctement entre elles, et de ce fait, qui prouve l'analogie, mais non l'identité de structure, on se hâta de conclure qu'ils ne forment qu'une seule espèce; on alla même jusqu'à soutenir, contre toute évidence, que les variétés qu'ils présentent diffèrent beaucoup moins entre elles que les diverses variétés du chien, par exemple, comme s'il n'y avait pas infiniment plus de distance entre un Newton, un Voltaire, ou un Kant et un Papou, qu'entre une lévrette et un dogue, ou un bichon et un danois !

Si nous remontons jusqu'à la véritable source de cette hypothèse, nous la trouvons dans le préjugé, qui, s'appuyant sur des traditions historiques dont on s'exagère la valeur réelle, fait provenir d'un seul couple primitif le genre humain tout entier, c'est-à-dire les cinq ou six cent millions d'hommes qu'on admet aujourd'hui sur la surface de la terre, par une évaluation approximative. Il n'y aurait certainement pas d'impossibilité absolue à ce que les choses se fussent passées de la sorte, mais on doit convenir aussi, avec Rudolphi, qu'il ne faudrait rien moins qu'une longue suite de miracles pour qu'un pareil phénomène eût pu se réaliser. De ce que les hommes qu'on rencontre sur tous les points de notre globe émaneraient primitivement d'un seul, il s'ensuivrait naturellement que la même chose a eu lieu pour certains animaux et pour un grand nombre de plantes. Ainsi les mammifères amphibies et cétacés, qu'on retrouve également près des deux pôles, auraient dû se transporter de l'un vers l'autre, en traversant l'équateur, et c'est en effet ce qu'on n'a pas craint de soutenir. Ainsi, certaines plantes alpines, qu'on rencontre sur des chaînes de montagnes séparées par des distances considérables, se seraient propagées d'un pic à l'autre, sans qu'on sache comment, sans qu'on comprenne pourquoi elles ne se seraient pas également arrêtées dans les plaines intermédiaires. Si cette dernière hypothèse est absurde, l'autre ne doit pas l'être moins. Ne suffit-il pas, d'ailleurs, de réfléchir sans partialité sur les migrations des peuples dont l'histoire a conservé le souve-

nir, pour demeurer convaincu qu'elles ont été plus nuisibles que favorables à la population de la terre, et qu'elles n'expliquent point la distribution des races humaines à sa surface?

En admettant l'unité d'origine pour le genre humain, on est obligé de recourir à la puissance des climats, et à d'autres influences analogues, pour se rendre raison de la variété qu'il offre. Or, il est à remarquer que ce sont précisément les ennemis les plus déclarés de l'action des circonstances extérieures sur les corps organisés en général, qui se montrent les plus empressés à l'appliquer aux races humaines. Cependant des faits incontestables attestent qu'elle n'a pas autant de puissance qu'on veut lui attribuer en cette circonstance, car les Juifs et les Czingares, par exemple, qui ne se mêlent jamais qu'entre eux, conservent leurs caractères nationaux dans tous les lieux où ils se sont propagés. Les Anglais, établis depuis plusieurs générations aux Indes, n'y sont pas devenus des Hindous, et Blumenbach a solidement réfuté la fable accréditée par un voyageur inexact, de familles portugaises qu'un long séjour dans les colonies d'Afrique avait converties en véritables nègres.

Par la plus singulière inconséquence, on accorde à l'homme une perfectibilité indéfinie, et l'on regarde la race caucasique comme la première en date, de sorte qu'on se trouve dans la nécessité de dire que toutes les autres en sont des dégénérescences; d'où il résulterait que le pouvoir du climat sur l'homme se bornerait à le faire dégénérer, et ne pourrait jamais le perfectionner. Ils ont donc été plus conséquens, ceux qui, à l'exemple de Pallas, ont prétendu que la race éthiopique avait produit la caucasique par une série de perfectionnemens successifs, ou même que l'homme n'était qu'un singe perfectionné. Mais ils n'en ont pas moins avancé une opinion insoutenable et ridicule. En ne précisant pas mieux les termes du problème, les nègres, s'ils écrivaient une anthropologie, si les beaux rêves de Grégoire pouvaient se réaliser pour eux, auraient tout autant de droit que nous de dire que les autres races sont des dégradations de la leur.

On ne peut plus raisonner ainsi depuis que l'anatomie a pris un nouveau caractère éminemment philosophique, depuis qu'on commence à étudier, dans un bon esprit, l'organe qui constitue l'homme ce qu'il est, le cerveau. Il n'est plus douteux aujourd'hui que les hommes ne diffèrent beaucoup les uns des autres, à l'égard du degré de perfection de leur organe du raisonnement, degré auquel s'en rattachent de correspondans dans tous les appareils organiques. Il n'est plus douteux que l'homme ne puisse perfectionner, par l'exercice et le travail, les instrumens qu'il a reçus de la nature, et, par exemple, en cultivant son cerveau aux dépens des autres organes, arriver, sous le

rapport intellectuel, à un degré bien plus éminent que le sauvage, constitué comme lui, qui emploie principalement ses muscles et ses sens; mais il est également certain que ni l'habitude, ni le climat, ni aucune autre influence quelconque, ne peuvent faire franchir, à l'encéphale du Papou ou du Nègre, la distance qui le sépare de celui de l'Européen.

Si donc nous appliquons à l'homme les données qui nous guident presqu'à chaque instant pour les autres objets de la nature, nous serons forcés de reconnaître qu'il comprend plusieurs espèces, ou, pour mieux dire, que ce qu'on appelle l'espèce humaine se compose de plusieurs degrés d'organisation, entre le premier et le dernier desquels il existe une grande distance, mais dont le plus inférieur se trouve cependant fort au-dessus de celui qu'on observe chez l'animal le plus rapproché de nous. En vain objecte-t-on toujours l'exemple des chiens; je ne conçois pas plus l'unité de souche pour les nombreuses races de ces animaux que pour celles de l'homme, et les naturalistes, lorsqu'ils l'admettent, violent la loi par laquelle ils se laissent guider dans l'établissement des genres et des espèces pour les objets qui ne frappent pas à chaque instant leurs sens, et sur lesquels ils peuvent, par cette seule raison, raisonner avec plus de sang-froid et d'impartialité.

HONORAIRES. Il serait à désirer que la médecine fût exercée gratuitement, mais dans quel rang de la société trouver des hommes animés d'une philantropie assez ardente pour se dévouer aux dégoûts de cette profession, sans autre mobile que la vertu? Que la société cesse de calomnier les médecins, puisque c'est elle qui les produit; ils ne forment pas une espèce d'hommes à part; ils sont, comme tous les autres hommes, ce que la nature et les institutions les font. Toute fortune suppose à son origine un salaire, un gain ou une rapine; cette origine est nivelée par l'héritage; si le négociant qui s'enrichit en spéculant sur les besoins, si l'artisan qui loue ses bras ou vend le fruit de son travail, si le noble qui vend son dévouement, ne font rien que l'on puisse blâmer sans faire la satyre de l'état social, qui osera blâmer le médecin recevant le prix des soins donnés à un malade? Pour devenir capable de donner ces soins, il a consumé une partie de sa vie, séquestré sa jeunesse loin des lieux de plaisir, dépensé une partie de son avoir ou de celui de ses parens; il a enfin travaillé pour la société, la société doit se montrer reconnaissante. Si les personnes qui exercent l'art de guérir avaient part aux premiers honneurs de l'état, on verrait se précipiter parmi elles tous les hommes que la fortune a comblés de ses dons; alors elle pourrait être gratuite, la société paierait en

honneur ce qu'elle recevrait en dévouement. Mais l'exercice de la médecine procure à peine de la considération; un médecin ne joue un certain rôle que lorsqu'il sort de sa profession, que, lorsqu'arrivé à la fortune, il est prêt d'abandonner l'art de guérir. La vue d'un médecin a quelque chose de repoussant; elle rappelle ce que l'homme redoute davantage après la pauvreté et la mort, la maladie. Le moyen de se résoudre à honorer celui dont la présence désenchante l'avenir? Dès qu'on a recouvré la santé, on se dépêche d'oublier le mal qui vient de finir, et avec lui disparaissent le souvenir du médecin et la reconnaissance qu'on lui a jurée cent fois. Cette conduite des malades révolte le jeune médecin, encore animé de ces nobles sentimens que les progrès de l'âge éteignent dans tous les cœurs. Comme il ne voulait que de l'amitié, on lui refuse l'estime, on lui prodigue même le sarcasme, jusqu'à ce qu'une nouvelle maladie rappelle l'humble prière et la basse flatterie, dictées par la crainte de la mort. Trompé dans ses romanesques espérances, il jette un coup-d'œil autour de lui, et se voit entouré d'une foule de mercenaires qui font de la médecine un métier, qui cumulent et l'or et la réputation, compagne inséparable de l'opulence. Il fait un retour sur lui-même; sans cesser de cultiver son art avec passion, il ne rougit plus de recevoir ses honoraires, il ose même faire rougir l'ingrate avarice de ses cliens, quand la parcimonie l'emporte chez eux sur l'ostentation, et s'il a honte en secret pour son siècle et pour lui, il s'en dédommage par les soins gratuits qu'il donne à l'indigence, dont, pour l'ordinaire, il n'a guère plus de reconnaissance à attendre. C'est ainsi que les hommes doivent se proportionner aux circonstances dans lesquelles ils se trouvent : honneur à celui qui peut s'affranchir de leur joug, heureux celui qu'elles n'avilissent pas.

Personne n'a le droit de ravaler la profession du médecin, parce qu'il reçoit des honoraires; il peut les recevoir sans embarras; il ne doit pas hésiter à les réclamer, quand on néglige de les lui remettre après un certain délai.

Lorsque le malade l'interroge pour s'informer du prix qu'il attache à ses visites, il doit d'abord en référer au malade lui-même; si celui-ci insiste, il doit répondre sans hésiter, en prenant pour base la fortune présumée de son client, n'entrer ensuite dans aucune discussion, et n'admettre aucune diminution. Dans le cas où le malade refuse de donner ce qui lui est demandé, le médecin accepte la somme qui lui est définitivement offerte, dût-il en disposer en faveur des malades indigens, si elle lui paraît trop au-dessous de celle qu'il aurait dû recevoir; en l'acceptant, il peut même annoncer la destination qu'il se propose de lui donner.

Lorsqu'un temps plus ou moins long s'est écoulé sans que rien n'annonce au médecin les honoraires, il est en droit d'écrire pour les réclamer; il serait pénible de se présenter soi-même; il fait cette réclamation plus ou moins promptement, selon le motif présumé du retard; il dresse une note des visites qu'il a faites, sans indiquer aucun prix, et dans tout le reste, il se conduit comme il a été dit plus haut. Lorsqu'une mauvaise volonté manifeste s'oppose à ce qu'il soit satisfait, doit-il recourir à des poursuites judiciaires? Pour cela, on ne peut prendre conseil de qui que ce soit; celui qui s'en abstient est louable, celui qui ne s'en abstient pas ne saurait être blâmé. Cependant la délicatesse d'un médecin ne peut guère lui permettre d'avoir recours deux fois à un pareil moyen.

On se plaint de la rareté des médecins instruits dans les campagnes. Il n'y en aura pas, aussi long-temps que l'autorité ne décrétera pas des honoraires communaux pour des médecins choisis au concours. On diviserait chaque département de la France en un certain nombre de cantons, à chacun desquels serait attaché un médecin payé par une ou plusieurs communes, et qui recevrait, non une espèce d'aumône, comme cela a lieu pour les médecins d'hospices civils, mais au moins de 1500 à 2000 francs, sans préjudices des honoraires particuliers qu'il tirerait de chaque malade aisé.

Ces abonnemens cantonnaux auraient, comme les abonnemens particuliers, l'avantage de faire disparaître cette vénalité de tous les instans, qui résulte du paiement à raison de tant par visite à la fin de la maladie. Ce dernier mode de paiement, qui est le plus répandu en France, a le grand désavantage, d'abord d'empêcher un médecin délicat de venir aussi fréquemment qu'il le devrait, parce qu'il craint d'être accusé d'une avidité déshonorante, ensuite de fournir à de vils mercenaires le moyen de ruiner en quelque sorte leurs malheureux cliens, en cachant leur avidité sous le masque du zèle. Qui croirait qu'aux yeux du malade et des assistans, celui-ci passe pour un homme aussi dévoué qu'habile, tandis que celui-là est réputé ignorant et peu attentif? C'est que les mouvemens des jambes, des bras, et surtout de la langue, sont seuls appréciables pour le malade.

HONTEUX, adj., *pudendus;* épithète ridicule qu'une fausse pudeur a fait donner aux organes de la génération et à toutes les parties qui en dépendent.

Les *artères honteuses* sont celles qui se distribuent aux organes génitaux. On les distingue en interne et en externe.

L'*interne*, qui provient de l'hypogastrique, et très-souvent de l'ischiatique, descend au devant du plexus sciatique et du muscle pyramidal, et sort du bassin par la partie inférieure de

la grande échancrure sciatique, entre le muscle pyramidal et le bord postérieur du releveur de l'anus. Se portant aussitôt en bas et en dedans, elle passe entre les deux ligamens sacro-sciatiques, se recourbe sur l'antérieur, qu'elle embrasse en dehors, se colle sur la face interne de l'ischion, entre les muscles releveur de l'anus et obturateur interne, et marche presqu'horizontalement en avant et en dedans jusqu'au près de l'attache commune des muscles transverse du périnée et ischio-caverneux, endroit où elle se divise en deux branches, l'une supérieure, l'autre inférieure, ou *ischio-pénienne* ou *périnéale*.

La branche inférieure s'avance, entre la peau et le muscle transverse, au milieu du tissu cellulaire graisseux qui remplit l'intervalle triangulaire des muscles ischio et bulbo-caverneux. Après avoir distribué des rameaux à toutes les parties voisines, et fourni les hémorroïdales inférieures, elle passe sous le muscle bulbo-caverneux, s'enfonce dans la cloison du dartos, et, prenant alors le nom d'artère de la cloison, va se perdre dans le scrotum, le dartos et la peau de la verge.

Quant à la branche supérieure, lorsqu'elle a percé le muscle transverse, elle remonte le long de la branche ascendante de l'ischion, cachée sous l'ischio-caverneux. Dès qu'elle est parvenue à l'intervalle celluleux et triangulaire qui sépare les deux racines des corps caverneux, au devant de la symphyse des pubis, elle se partage en deux rameaux, qui portent le nom de dorsale de la verge et du corps caverneux. La première traverse le ligament suspenseur de la verge, dont il suit flexueusement la face dorsale, et va se perdre dans le tissu du gland. L'autre pénètre dans le corps caverneux, s'y distribue toute entier, et envoie quelques ramuscules aux parois de l'urètre.

Avant de se distribuer en ces deux rameaux, et près de son origine, la branche supérieure fournit l'artère transverse du périnée, qui se dirige en dedans et en avant, au-dessus du muscle du même nom, jusqu'au bulbe de l'urètre, dans lequel elle s'enfonce.

La division des deux branches de la honteuse interne n'est pas la même chez la femme que chez l'homme ; l'inférieure se termine dans l'épaisseur de la grande lèvre ; la supérieure monte le long de l'ischion et du pubis, jusqu'à l'intervalle des racines du corps caverneux du clitoris, et se partage, au devant de la symphyse pubienne, en deux rameaux, dont l'un pénètre dans ce corps caverneux, et dont l'autre rampe sur le dos du clitoris.

Les *artères honteuses externes* sont au nombre de deux, qu'on distingue en superficielle et en profonde. La première se détache de la crurale, à peu de distance de l'arcade, et se

perd dans la peau du scrotum, de la verge et de la grande lèvre. L'autre naît un peu plus bas, de la crurale ou de la profonde; elle va gagner le scrotum chez l'homme, et la grande lèvre chez la femme.

Le *nerf honteux* tire principalement son origine des troisième et quatrième nerfs sacrés, quelquefois du cinquième. Sorti du bassin, au-dessous du muscle pyramidal, il s'engage entre les deux ligamens sacro-sciatiques, avec l'artère honteuse interne, et se partage en deux rameaux, l'un supérieur et l'autre inférieur.

Le rameau supérieur remonte le long de la branche de l'ischion et du pubis, gagne la symphyse pubienne, entre laquelle et la racine correspondante du corps caverneux il se glisse, arrive à la face supérieure de la verge, la parcourt jusqu'à la couronne du gland, et se termine, par un grand nombre de ramifications, tant dans cette partie que dans le prépuce.

Le rameau inférieur, d'abord parallèle au précédent, remonte le long de la partie interne de la tubérosité sciatique, puis se porte d'arrière en avant et de bas en haut, le long du périnée, entre les muscles bulbo et ischio-caverneux, et va enfin gagner le dartos, dans le tissu duquel il se consume.

Chez la femme, le rameau inférieur, après avoir donné quelques filets le long du périnée, pénètre dans la grande lèvre, et, marchant sur les côtés du clitoris, va se perdre dans le mont de Vénus. Le supérieur remonte le long de la branche du pubis, au devant du muscle obturateur interne, et gagne ensuite le dos et le sommet du clitoris, où il se ramifie.

Dans le langage vulgaire, les mots *parties honteuses* sont synonymes d'*organes génitaux*.

HOPITAL, s. m., *nosocomium*; établissement confié aux soins d'une même agence d'administration, et soumis au régime d'un même service de santé, dans lequel un certain nombre de malades se trouvent réunis pour recevoir, de la part, soit du médecin, soit du chirurgien, soit de l'un et de l'autre à la fois, tous les genres de secours dont l'état de chacun d'eux en particulier rend une prompte application nécessaire.

Un ***hôpital*** diffère d'un ***hospice***, dans lequel on ne rassemble que des personnes en santé ou atteintes d'infirmités chroniques et incurables; d'un ***hôtel-dieu***, destiné à recevoir indistinctement tous les indigens dont l'état de santé réclame sur-le-champ l'application des secours de l'art de guérir; enfin d'une ***infirmerie***, c'est-à-dire de cette portion de toute maison dans laquelle se trouvent réunis un certain nombre d'individus bien portans, destinée exclusivement à recevoir ceux de ces individus qui viennent à tomber malades. Un hôpital peut être en

même temps *hospice*, lorsqu'il se compose de plusieurs quartiers réservés d'une part, pour les malades de l'un et de l'autre sexe, d'autre part, pour les orphelins, les enfans trouvés, les vieillards et les incurables. Son institution en fait souvent un véritable *hôtel-dieu.* Mais jamais un établissement quelconque ne peut être simultanément *hôpital* et *infirmerie.*

La question de l'utilité ou des inconvéniens des hôpitaux, est un des points les plus importans de l'économie politique ; mais la médecine ne peut s'y immiscer que d'une manière indirecte. Cependant lorsqu'elle a prouvé que la pauvreté dispose à beaucoup de maladies, qu'elle en engendre un grand nombre, et que les maladies des pauvres ne peuvent point être traitées toutes à domicile avec quelqu'espoir de succès, elle a fourni au publiciste les données nécessaires pour résoudre le problème ; elle a, par le fait même, démontré l'indispensable nécessité des hôpitaux dans l'état présent de la civilisation. « Aucune des causes mises en question jusqu'ici, a dit Coste, n'a pu avoir autant d'influence sur la création et la multiplication nécessaire des hôpitaux, que l'agrandissement indiscret et l'extension monstrueuse donnés aux villes capitales. On l'a dit avant que ce fût une vérité trop palpable pour la multitude : dans chacune d'elles, le caractère spécial et primitif des peuples aux dépens desquels elles reculent chaque année leurs limites, s'efface pour y substituer l'égoïsme cosmopolite commun à toutes, d'où il résulte, qu'à force d'imitations réciproques, elles ont toutes acquis la même physionomie, qu'elles absorbent annuellement le cinquième de la population des états, que, pour le nombre des fortunes exorbitantes, dont la source n'est pas toujours pure, la misère de la majorité des habitans décuple, et que si un meilleur esprit ne reporte incessamment dans les campagnes le trop plein des villes, l'augmentation de leurs pauvres et de leurs malades demandera bientôt plus d'établissemens de bienfaisance, et même de véritables hôpitaux, qu'on n'y compte, avec scandale, de maisons de luxe et de ruine ». C'est ainsi, ajoute le même écrivain, que les secours offerts d'abord par l'homme généreux à l'homme dans la détresse, puis accordés à la réunion de plusieurs pauvres par la réunion de quelques riches, ensuite par la pluralité des uns à la pluralité des autres, ont enfin été étendus peu à peu de la société entière à toute la classe des infortunés, et plus décidément réglés en ce qui concerne les maladies plus communes à ceux-ci.

Les hôpitaux varient sous une infinité de rapports. Non-seulement ils n'ont pas tous le même degré d'étendue ou d'importance, mais encore ils diffèrent à l'égard du titre de leur fondation, ou de la souscription qui sert de base à leur entre-

tien. Dans les uns, on admet et l'on traite indistinctement tous les malades qui se présentent. Dans d'autres, on donne l'exclusion à certaines affections, soit internes, soit externes. Certains, au contraire, sont consacrés d'une manière spéciale aux individus atteints de ces maladies. Enfin, l'admission des malades est tantôt générale et gratuite, tantôt subordonnée à des conditions d'âge, de sexe, de bien, d'habitation, de naissance, de profession, de religion, de fortune, d'arrangemens pécuniaires par abonnemens à vie, ou de redevances relatives à la durée du séjour. Au milieu d'une source aussi abondante de différences, qui font qu'on ne trouverait pas en Europe deux hôpitaux présentant absolument la même physionomie, nous sommes contraints de négliger toutes les spécialités, et de nous renfermer, comme nous l'avons fait à l'article HABITATION, dans les considérations les plus générales qui naissent du sujet, ou qui s'y rattachent d'une manière intime. Cette méthode est la seule qui puisse nous convenir ici pour traiter une matière aussi vaste et aussi importante. Elle a l'inconvénient, il est vrai, de ne fournir guère que des utopies et des rêves un peu semblables à ceux du bon abbé de Saint-Pierre. Cependant qu'on se garde bien de la trop dédaigner. Les hôpitaux ne se trouvent pas absolument dans le même cas que les autres habitations destinées à recevoir un plus ou moins grand nombre d'hommes. On consulte les médecins lorsqu'il s'agit de les instituer. Ils doivent donc pouvoir, en cas de création, diriger le choix de l'autorité sur ce qui réunit la plus grande masse possible d'avantages, et quand la position est commandée impérieusement par des intérêts majeurs, indiquer les moyens propres à en diminuer les inconvéniens. Or, c'est en interrogeant les lois générales de la salubrité, et les appliquant à chaque cas particulier, qu'ils parviendront à remplir l'un et l'autre but.

L'air, la lumière et la chaleur sont, avec les alimens, les conditions indispensables à l'existence de tous les corps organisés, de l'homme aussi par conséquent. Plus un lieu réunit de ces conditions, et plus elles y ont acquis de développement, plus aussi le séjour en est favorable à la santé. Une habitation quelconque ne peut donc être salubre qu'autant qu'elle permettra un libre accès à la lumière, que la température y pourra être maintenue à un certain degré, que les dispositions intérieures permettront le renouvellement de l'air, et que des soins bien entendus, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle la propreté, éloigneront ou du moins diminueront autant que possible les circonstances qui donnent lieu à la production de gaz ou de vapeurs capables d'altérer la pureté de l'atmosphère. Ces conditions deviennent d'une

nécessité d'autant plus rigoureuse, que l'habitation doit réunir davantage d'individus, et que ces individus fournissent plus d'émanations nuisibles à eux-mêmes et aux autres. Elles ne sont donc commandées nulle part plus impérieusement que dans les hôpitaux. Nulle part ailleurs non plus, il n'est plus indispensable de sacrifier la magnificence, ou même seulement l'élégance, à la salubrité, qui n'obtient que trop souvent une considération secondaire et insuffisante. Un hôpital sera toujours monumental, lorsque la mort n'y saisira d'autres victimes que celles qu'elle eût moissonnées partout ailleurs, et que l'observateur y trouvera les physionomies empreintes de cet air de satisfaction que les malades bien traités et bien soignés expriment avec tant de naturel et de franchise. Quelque grandeur et quelque luxe qu'il étale dans ses constructions, dans son architecture, le philantrope ne pourra l'envisager sans horreur, si de mauvaises distributions, si une administration défectueuse, en font une cause directe de malheur et de dépopulation, au lieu d'un asile de soulagement et d'un temple de la santé.

Il y a, dans tout hôpital, deux choses bien distinctes à considérer : les distributions et les soins. Ce sont là les deux sources principales de la salubrité.

Les formes et les distributions sont susceptibles de varier à l'infini. Mais, à moins d'une exposition très-défavorable, elles sont à peu près indifférentes, toutes les fois que le nombre des malades demeure renfermé dans d'étroites limites. Il n'en est pas de même dans les vastes hôpitaux, dans un hôpital général par exemple. Là, en effet, il faut que la division des parties dont se compose l'édifice devienne en quelque sorte la règle de séparations bien prononcées, ou, ce qui vaut mieux encore, celle du nombre de constructions particulières, affectées chacune à un service spécial, et n'ayant d'autre relation entre elles que celle qui résulte de l'unité du régime administratif.

En effet, les hôpitaux spéciaux, comme l'a fort bien dit Coste, sont plus favorables à la guérison de leurs malades respectifs, que ne peuvent l'être ceux où les divers départemens sont réunis, et même ceux où ils sont séparés, mais dans le même bâtiment. « Un hôpital où l'on n'admettrait que des blessés et des maladies du ressort de la chirurgie, compterait bientôt plus d'opérations heureuses dans leurs conséquences, et plus de guérisons durables, que ne peuvent le faire les hôpitaux qui ne leur sont pas exclusivement attribués. Les cures ne seraient ni empêchées ni retardées par l'influence des émanations que répandent les maladies internes. La pourriture d'hôpital ne deviendrait pas la conséquence

du typhus, ni celui-ci la conséquence des émanations gangréneuses, car l'inverse est dans une réciprocité complète. »

Ainsi, continue, dans un autre endroit, le même écrivain, dont le beau travail sur les hôpitaux contient d'excellentes vues, noyées malheureusement dans un déluge de mots inutiles; ainsi, « les conditions de position, de structure, de distributions et de service intérieur, quoiqu'émanées des mêmes principes, ne peuvent pas plus être les mêmes dans l'application, que ne le sont celles des habitations, toutes choses égales dans la fortune des familles qui y sont rassemblées. Ces vérités sont l'image des différences qui modifient nos établissemens hospitaliers, selon les pays, les coutumes locales, et la destination spéciale à laquelle ils sont affectés. C'est ainsi qu'un hôpital qu'on réserverait exclusivement aux maladies chroniques, demanderait, plus que tout autre, une exposition salubre et de bons promenoirs; qu'il y aurait plus de raisons encore pour l'éloigner du centre des villes, parce qu'il n'y a jamais urgence pour l'admission de ces malades. Il en est de même d'un hospice pour les fous, pour les convalescens, pour les maladies de la peau. Toutes les maladreries et les léproseries étaient situées à la campagne. Dans les hôpitaux ouverts à tous les traitemens, et dans lesquels se trouvent des maladies susceptibles de se communiquer, la distribution intérieure doit favoriser l'isolement de chaque espèce de ces maladies. »

C'est un grand avantage, dans tout hôpital, que les salles soient isolées les unes des autres, et que celles d'un même étage ne communiquent ensemble que par un vestibule appartenant à toutes en commun. Il faut que les deux côtés de leur longueur soient garnis de croisées placées en face les unes des autres, et que de larges portes qui se correspondent favorisent le renouvellement de l'air dans le sens du grand diamètre. Les croisées doivent s'élever le plus près possible du plafond, attendu que les vapeurs ont pour la plupart un mouvement ascensionnel. Cependant comme, parmi les émanations qui peuvent se répandre dans une salle de malades, il en est qui sont plus pesantes que l'air atmosphérique, des ventilateurs percés de distance en distance, au niveau du plancher, et susceptibles d'être à volonté ouverts ou bouchés, donnent la facilité d'en procurer l'expulsion. Les meilleurs plafonds sont ceux en voûte, et les plus mauvais ceux dont les poutres se montrent à découvert. Quant aux planchers, ceux en dalles de pierre mériteraient la préférence sur tous les autres, à cause de la facilité des lavages et de la promptitude de l'exsiccation, après qu'on a jugé ceux-ci nécessaires; les planchers en carreaux viennent ensuite; ils sont préférables aux parquets

de bois, quoique ceux-ci aient l'avantage d'être plus chauds ; mais il faut multiplier le moins possible les surfaces boisées dans les hôpitaux, parce que les bois s'imprègnent aisément des miasmes de toute espèce.

S'il n'est pas prudent d'habiter, soit une maison récemment construite ou recrépie en dedans, soit une habitation dont les parois intérieures sont imprégnées d'humidité et de nitrate de potasse, à plus forte raison doit-on bien se garder de coucher des malades dans un bâtiment qui présente ces inconvéniens. Il faut, dans le premier cas, attendre que les murs soient secs, dans le second, les faire gratter et laver à l'eau de savon, puis, quand ils sont bien séchés, les faire reblanchir à la chaux. De même on ne doit placer les malades au rez-de-chaussée que dans les circonstances difficiles, et lorsque la nécessité fait loi. Il est bon aussi de laisser, autant que possible, les coins des salles vacans, car l'air y circule moins bien, et la surface des murs n'y atteste que trop souvent la permanence de l'humidité.

L'humidité est, en effet, l'un des plus grands fléaux des hôpitaux, et c'est surtout sa pernicieuse influence qu'on y doit redouter, parce que c'est d'elle qu'il est le plus difficile de se préserver, attendu qu'elle est entretenue sans cesse par les émanations des malades. Tout lavage qui n'est pas impérieusement commandé par la nécessité sera proscrit dans les salles, et, lorsqu'on jugera prudent de laver ces dernières en entier, il faudra commencer par les évacuer complétement. On n'y fera rentrer les malades qu'après parfaite dessiccation. Il est donc convenable de faire tomber ces lavages aux époques où les dégradations causées par l'hiver demandent à être réparées, et à celles où il convient de prendre de nouvelles précautions pour l'hiver prochain, c'est-à-dire au commencement d'avril et à la fin de septembre. On profite de ces deux occasions pour gratter, recrépir et blanchir les murs. De là vient la nécessité des salles de rechange, qui sont d'ailleurs une ressource si précieuse dans les temps d'affluence et de calamité, car ce n'est pas tant le nombre effectif des malades que l'encombrement des salles qui produit l'insalubrité d'un hôpital, puisqu'il suffit, pour diminuer la mortalité d'une salle, de diminuer la quantité des personnes qu'elle renferme, et d'augmenter ainsi ses dimensions relativement à celles qu'on y laisse.

Le nombre des lits dans une salle ne saurait être abandonné aux caprices de l'arbitraire. Il doit être calculé d'après les trois dimensions réunies, en sorte que chaque malade ait au moins trente-neuf pieds cubes d'air à respirer. Or, pour qu'il les obtienne, il ne faut pas loger plus de dix-huit malades dans une

salle haute de quatorze pieds, longue de soixante-dix-huit, et large de vingt-quatre.

Les lits peuvent être rangés sur deux ou sur quatre rangs. Cette dernière disposition est toujours vicieuse, à moins que les salles ne présentent une largeur énorme, et assez considérable pour permettre de laisser entre les deux rangs du milieu un intervalle égal à celui qui les sépare des rangées latérales. Cet intervalle doit former une allée, qui règne dans toute la longueur de la salle, et qui n'ait pas moins de douze pieds de large ; il est même à désirer qu'elle en ait quinze ; la facilité du service y gagne, et la salubrité encore plus. Les lits ont, de chaque côté, la tête appuyée au mur, dans l'intervalle des croisées qui se correspondent, et la distance latérale entre eux ne doit jamais être moindre de deux pieds ; le terme moyen de trois pieds est le plus convenable. Chaque lit ne doit recevoir qu'un seul malade.

Les lits en fer sont les meilleurs de tous, comme étant moins favorables à la vie et à la propagation des punaises ; cependant ils demandent à être vernissés, pour remplir les plus petits joints. Quant aux couchettes ordinaires, celles en bois dur méritent la préférence sur celles en sapin ou en autre bois blanc ; on les peint à l'huile, et on les vernisse. C'est la taille moyenne de l'homme qui détermine leur longueur commune, laquelle doit être telle, qu'elles aient six pieds de long entre bois, sur trois pieds et demi de large. Coste estime, avec raison, qu'elles doivent être élevées sur pieds, et que, dans les salles basses, lorsqu'on est forcé d'y placer des lits, il faut qu'elles soient au moins à un pied et demi du sol. Chaque lit porte un numéro : c'est la seule étiquette qu'on doive y placer, toute autre étant inutile, étant même inconvenante et dangereuse, lorsqu'elle se rapporte à l'état des malades, quelqu'ambigus même que soient alors les termes dans lesquels elle est conçue, et dans quelque langue qu'on l'ait écrite. Au chevet de chaque lit, doit se trouver une tablette servant de dépôt aux petits ustensiles dont les malades ont besoin. Chacun doit être pourvu d'un petit billot de bois façonné au tour, et adapté à une corde fixée au plafond, dont le malade s'aide pour changer de position, et sans le secours duquel il serait impossible à quelques-uns de remuer dans leur lit. Quant aux rideaux, malgré les avantages moraux et même physiques qu'on ne saurait leur contester, ils entraînent trop d'inconvéniens pour qu'on ne les proscrive pas dans tous les établissemens autres que ceux dont le peu d'étendue ou la richesse permet de porter les soins jusqu'à une sorte de luxe qu'on ne saurait jamais se flatter d'atteindre dans les hôpitaux ordinaires, même les

mieux tenus. Là même encore, les rideaux ont le désavantage, toujours très-grand, de s'opposer à la libre circulation de l'air, et de renfermer le malade dans l'atmosphère méphitique que ses propres émanations engendrent et perpétuent autour de lui. Or, il ne faut pas perdre de vue qu'après l'humidité, l'ennemi qu'on doit le plus craindre dans les hôpitaux, c'est l'air vicié et corrompu. Vient ensuite le défaut d'éclairage, car, non-seulement l'air n'est jamais bien pur dans un lieu où la lumière pénètre difficilement, où tout accès se trouve interdit aux rayons solaires, mais encore le séjour en est funeste à tous les êtres vivans, qui y subissent une sorte d'étiolement, et sont, par cela même, prédisposés à toutes les irritations internes qui peuvent résulter d'un long état d'abirritation de la peau, notamment au scorbut et à diverses cachexies.

Des paillasses, dont on aurait soin de renouveler souvent la paille, seraient bien préférables aux matelas de laine, et même aux sommiers de crin, attendu que les émanations miasmatiques s'attachent bien moins facilement aux substances végétales qu'aux animales. Mais nous ne sommes pas à une époque où tout le monde pût et voulût comprendre les avantages de cette méthode, dans laquelle beaucoup de ces petits esprits, qui mesurent tout d'après l'étroitesse de leurs vues, ne verraient qu'une innovation inspirée par un excès d'économie. Il faut donc se résoudre à maintenir encore les matelas; mais la laine et le crin doivent être employés dans une proportion égale à leur confection, et il est surtout essentiel de les faire carder ou rebattre tous les six mois. Quant aux couvertures de laine pour l'hiver, et aux courtepointes pour l'été, il faut que celles-là soit remises au foulon et celles-ci lessivées tous les six mois. Une couche de rechange, une sorte de lit de camp suspendu ou de hamac, est nécessaire, dans un grand hôpital, au moins, pour préserver de la gangrène au sacrum des blessés, que la pression causée par un trop long séjour dans le lit sur le dos, menacerait de cet accident; c'est un moyen précieux de varier momentanément leur position, qui ne tarde pas à devenir si pénible, et qui peut entraîner de si graves inconvéniens.

Il serait bon qu'auprès de chaque lit on plaçât une jatte en bois remplie de sable, et qu'on exigeât des malades en état de le faire, qu'ils y déposassent leurs crachats. On doit, en effet, s'attacher, avec le plus grand soin, à combattre tout ce qui produit des dépôts de substances animales quelconques dans l'intérieur des hôpitaux. Pour ceux des malades auxquels leur état de faiblesse ne permet pas de se lever, des crachoirs en grosse toile blanche, étendus sur le lit, sont préférables aux

larges cylindres de fer blanc ou en étain, dont le temps a consacré l'usage dans certaines maisons.

Des fontaines et des essuie-mains sont de nécessité absolue dans toutes les salles de malades, quoiqu'on n'en trouve presque nulle part, et que l'eau semble être proscrite, comme un poison redoutable, de certains hôpitaux.

L'irrégularité des saisons nécessite des mesures propres à la combattre. On a recommandé les aspersions d'eau fraîche, en été, sur le plancher des salles; elles ne peuvent nuire, pourvu qu'on y mette de la discrétion, et qu'on ne surcharge pas l'air d'humidité; mais il vaut mieux entretenir la fraîcheur en ouvrant les fenêtre sur lesquelles ne donne pas le soleil, et levant des cadres mobiles de grosse toile au-dessus de celles qui en reçoivent les rayons. Durant l'hiver, on chauffe les salles au moyen de poêles, qui répartissent la chaleur d'une manière à la fois étendue et égale. Il faut que la branche verticale de leur tuyau soit assez élevée pour que les branches horizontales se trouvent fort au-dessus des lits. On tempère par du sable et par de l'eau en évaporation, ce que leur trop grande proximité de quelques lits pourrait avoir d'incommode pour les malades qui s'y trouvent. A cet égard, n'oublions pas de faire remarquer que l'ordre de placement des malades dans une salle n'est pas une chose indifférente, que certaines places sont nuisibles aux personnes atteintes de telle ou telle affection, et qu'en général il faut se garder d'en consacrer exclusivement une quelconque aux maladies incurables, car elle deviendrait le présage assuré d'un sort funeste pour ceux à qui on l'assignerait, et ne manquerait pas de hâter l'instant de la catastrophe.

Une pièce à part, et voisine de chaque salle, doit servir de dépôt à tous les ustensiles de balayage et de nettoyage, aux bassins et aux vases de nuit.

Les latrines ne doivent être ni trop éloignées, ni trop rapprochées des salles de malades. Ce qu'il importe surtout, c'est que l'odeur ne pénètre pas dans celles-ci. A cet effet, il convient que les latrines en soient séparées par une pièce intermédiaire, de soixante à soixante-douze pieds de longueur, percée de lucarnes transversales, que des portes se fermant d'elles-mêmes en garnissent l'entrée, ainsi que celle du vestibule, que les matières tombent directement et perpendiculairement sans s'attacher aux murs, et que la pièce soit nettoyée au moins deux fois par jour, à grande eau. La propreté exige qu'elle soit pavée en dalles, inclinées vers le siége, et garnies de rigoles pour faciliter l'écoulement des urines. Une fontaine y serait un objet de grande utilité. Si les localités ne permettent pas de faire servir une eau courante à entraîner les matières par un conduit profond et couvert, il faut creuser une fosse assez vaste

pour qu'elle n'ait besoin d'être vidée que tous les ans, à l'époque des gelées. On n'accorde des chaises percées qu'aux malades incapables de se rendre aux latrines : elles doivent être vidées et enlevées sur-le-champ ; on ne les laisse à demeure que quand le malade est tourmenté de besoins continuels, encore faut-il qu'elles soient nettoyées chaque fois qu'il les salit.

Un hôpital doit être pourvu en abondance d'un linge plutôt gros que fin, dans l'intérêt même de la propreté, régulièrement renouvelé, et toujours changé sans délai lorsqu'un besoin extraordinaire l'exige. Il est de la plus haute importance qu'on n'applique au service des malades que du linge bien sec. Quant à tout ce qui concerne le blanchissage et le séchage de ce dernier, on ne doit s'en occuper qu'à la lingerie, c'est-à-dire dans un local distinct, et consacré spécialement à cet usage. Sous aucun prétexte on n'étendra le linge qui n'est pas bien sec dans les salles, soit sur les lits vacans, soit autour des poêles. Devant s'attacher à combattre l'humidité par tous les moyens imaginables, il faut proscrire sévèrement toute pratique capable d'engendrer l'ennemi qu'on a si fort sujet de redouter.

L'ordre et la discipline sont d'une grande importance dans les hôpitaux. A l'égard de la discipline appliquée aux malades, elle varie suivant le but et le caractère particulier de chaque institution. Elle peut être plus sévère dans un hôpital militaire que dans un hôtel-dieu, et surtout que dans un établissement où des personnes de l'état civil sont admises en payant. On peut cependant établir en thèse générale qu'elle ne doit jamais outrepasser les bornes prescrites par l'intérêt, le repos et la santé, soit d'un seul malade, soit de tous. Nulle voie de rigueur ne doit être employée sans la plus rigoureuse nécessité, et il faut même y renoncer pour peu qu'on ait à craindre qu'elle n'influe d'une manière fâcheuse sur la durée ou sur l'issue de la maladie. Qu'on ne perde pas de vue qu'un hôpital est un lieu d'indulgence et de bienfaisance ; la sévérité n'y doit marcher que de loin, à la suite des douces et sages remontrances. Quant à la discipline particulière des INFIRMIERS, nous en parlerons ailleurs.

Les salles doivent être éclairées pendant la nuit. Les réverbères doivent répandre assez de lumière pour les besoins du service, mais jamais assez pour déranger le sommeil des malades. Il est indispensable qu'en tout temps, en toute saison, les latrines et le couloir qui les précède soient parfaitement éclairés depuis une demi-heure avant la nuit jusqu'au grand jour. On peut tirer un bon parti accessoire des réverbères, en les faisant contribuer au renouvellement de l'air ; il suffit, pour cela, de les couvrir d'un large chapiteau communiquant avec

un tuyau cylindrique, dont l'extrémité se rend au dehors du bâtiment, à deux ou trois pieds de distance du mur de la salle à laquelle il appartient.

Les lits doivent être faits tous les jours; les draps, chemises, et autres fournitures à l'usage des malades, renouvelés toutes les fois que le besoin l'exige. De grand matin, les infirmiers ouvrent les fenêtres, les laissent plus ou moins longtemps ouvertes, suivant l'état de l'atmosphère, balayent les salles, vident et lavent tous les vases à excrétions. Pour éviter la poussière, il faut arroser très-légèrement le plancher avant ce premier balayage, qui doit être suivi de plusieurs autres dans le cours de la journée, par exemple après les pansemens, après chacun des repas, enfin dans tous les cas de besoin extraordinaire. Les bains généraux, les bains de pieds et le changement de linge, lorsqu'un malade entre à l'hôpital, sont des pratiques salutaires, auxquelles on ne devrait faire d'exceptions que par l'ordre exprès du médecin. Tout ce qui a servi aux morts, doit être exposé à l'air libre, quelquefois lavé et fumigé. On brûlera la paille de toutes les paillasses qui auront été salies et traversées par les excrétions des malades.

Les agonisans réclament une attention particulière. La plus grande décence doit les environner. Les cadavres ne sont enlevés que deux heures après la mort, à moins que la crainte de la contagion, l'excès de la chaleur, l'humidité extrême, ou des signes manifestes de putréfaction n'en ordonnent autrement. Ne conviendrait-il pas d'enlever les morts sur-le-champ, et de les déposer sur des paillasses, dans une salle consacrée spécialement à cet usage? On accorderait ainsi les devoirs commandés par la prudence, avec les égards qu'on doit aux malades, dans l'esprit desquels la vue d'un cadavre fait toujours naître de lugubres idées.

La visite, qui embrasse les prescriptions des médicamens et des alimens, les pansemens et les opérations chirurgicales, est la partie du service des hôpitaux à laquelle les malades prennent le plus d'intérêt, parce que c'est celle qui les touche de plus près. Elle ne doit jamais se faire à la lumière artificielle. L'heure la plus convenable est celle de sept heures en été, et de huit en hiver. Il faut la régler de telle sorte que la distribution des remèdes destinés à être pris sur-le-champ puisse se faire une heure au moins avant celle des alimens. *Voyez* CLINIQUE et VISITE. Ce sont les médecins et chirurgiens qui doivent régler les alimens et les boissons des malades, chacun dans son service respectif : il est toujours mal d'abandonner le régime au caprice ou à l'arbitraire de personnes étrangères à l'art de guérir, et les vices de cette méthode sont plus que jamais palpables aujourd'hui, qu'on apprécie si bien

l'importance des règles hygiéniques. Une salle doit être réservée exclusivement pour les grandes opérations. Ce spectacle, l'appareil seul des instrumens, frapperait péniblement l'imagination des autres malades.

Il serait indispensable qu'à défaut de maisons spéciales pour les convalescens, on consacrât au moins des salles particulières pour les recevoir. En leur procurant un nouveau lit dans un local étranger à toute influence pernicieuse, on assure mieux et plus promptement leur guérison, on ménage à ceux qui doivent leur succéder dans le lit qu'ils ont quitté, tout l'avantage qui résulte de quelques jours de délai, pendant lesquels tout ce qui aurait pu rester d'émanations nuisibles a eu le temps d'être entièrement dissipé.

Terminons ce tableau rapide et idéal par l'aperçu que Coste a tracé des détails qui font juger de la propreté et de la salubrité d'un hôpital. « Si, en approchant de l'hôpital que la curiosité m'engage à visiter, ou que le devoir m'oblige de juger, son avenue et ses entours, sa cour antérieure, s'il a l'avantage d'en avoir une, libres de tout embarras et de toute immondice, doivent être et sont pour moi l'augure et le gage de la bonne tenue de son intérieur; si, du premier vestibule, me portant aux divers étages, et parcourant, avec attention, les routes qui me conduisent auprès de chaque malade, je trouve son lit placé à une distance convenable de ceux qui l'avoisinent; si je n'aperçois sur sa personne, ni autour de lui, aucun objet susceptible d'exciter du dégoût, rien d'étranger aux accidens inséparables de sa maladie; si j'examine, en détail, les fournitures de son lit, ce qui l'entoure, ce qui est à son usage personnel, son linge de corps, son vestiaire, sa chaussure, les tablettes où sont placés ses effets et ses remèdes, les vases distincts qui contiennent ses boissons alimentaires ou pharmaceutiques, et que tout me paraisse dans la plus grande régularité de soins; si, portant mes regards sur les plafonds, les murs et le parquet des salles, j'acquiers la certitude que l'emploi des balais, des houssoirs et des éponges, n'a point été oublié; si, visitant la chambre de garde des chirurgiens, leurs instrumens, le linge et la charpie qu'ils destinent aux pansemens, l'amphithéâtre de dissection et le lieu où se déposent les morts, je reconnais les dispositions de la décence, alliées à la sagesse des précautions physiques; si je me dirige vers la pharmacie, pour m'assurer de son ensemble et des subdivisions qu'il comporte, des moyens employés pour la conservation des substances simples et des confections, de l'arrangement et de la scrupuleuse netteté des ustensiles, de cette exactitude magistrale qui veille aux manipulations, dirige les travaux du laboratoire, ne croit pas au-dessous d'elle de donner une

grande attention à la tisanerie, ainsi qu'aux magasins destinés aux diverses substances médicamenteuses, selon leur nature, la saison et les dispositions du local; si je me fais conduire dans les dépôts de comestibles, à la boulangerie, à la panneterie, à la dépense, à la cuisine, pour apprécier l'exactitude et la solidité des étamages, pour voir des rayons de lumière se réfléchir des disques de la vaisselle, et connaître, dans les circonstances de la pesée, de la mise en marmite, de la cuisson et de la distribution des divers alimens, quelles sont les précautions qu'on y emploie; si, après avoir vérifié le bon lessivage, l'état de blancheur et de siccité parfaite de tout ce qui appartient à la lingerie, de ce local toujours assez bien disposé et entretenu dans les plus petits hôpitaux, tandis que, dans presque tous les autres, l'arrangement, la symétrie, l'élégance même des compartimens, offrent à l'œil un ensemble qui le repose et qui le charme, je passe aux lieux communs, trop souvent défectueux par leur position nécessaire ou mal choisie, quelquefois si révoltans par l'incurie dont les effets frappent désagréablement tous les sens, et perpétuent, dans l'établissement, un foyer d'infection, c'est là que la présence ou l'absence des soins d'action ou de surveillance, me fournit une des principales données pour asseoir mon opinion sur le degré de propreté et sur celui de salubrité, surbordonnés aux mêmes proportions. L'objet de mes sollicitudes, en ce genre, ne se termine pas aux lieux d'aisance : il est des malades qui ne pourraient pas, sans danger, tenter de s'y rendre, tant ils sont faibles et épuisés; il importe de connaître si les bassins et les chaises à leur usage sont dans l'état qui ne peut s'obtenir que d'une attention spéciale et d'une surveillance incessamment active. J'attribue beaucoup d'importance à la tenue personnelle des infirmiers, des garçons de pharmacie, des hommes de cuisine, de boucherie et de dépense; car, partout où leur extérieur est négligé, on est autorisé à présumer la même négligence à ce qui tient à leurs devoirs. Enfin, dans ma revue, que je ne veux pas être un simple coup-d'œil qui n'atteindrait que la superficie, mais un examen un peu approfondi, quoique j'aie pris, soit à la pharmacie, soit à la cuisine, une idée de la nature des eaux potables, aux bains et aux fontaines de propreté des salles, l'aperçu des qualités de celles qu'on y emploie, je demande à voir les sources qui fournissent les premières, les réservoirs qui contiennent les autres; je n'oublie et je n'omets ni les corridors, ni les escaliers et leurs cages, ni les cours, ni les chantiers, encore moins les promenoirs destinés à quelques malades et à tous les convalescens. Si l'ensemble et les détails de tout ce dont j'ai fait l'énumération justifient de la propreté la plus complète, quel que soit le plan de construction de

l'hôpital où elle se fait remarquer, quelqu'irrégularité que puisse présenter sa distribution, je n'hésiterai pas de déclarer que c'est un bon hôpital. Cet hôpital sera bon, parce que les malades y jouiront de deux avantages inappréciables, de la charité, que l'apôtre a eu raison de dire bonne à tout, et de la propreté, que l'hygiène reconnaît indispensable partout. » C'est néanmoins à la condition très-expresse que le nombre des malades n'y excédera jamais les proportions voulues par l'espace et par les réglemens qui fixent l'espace des lits : sans cela, la charité deviendrait inutile, la propreté et la salubrité, qui en résultent, absolument impossibles.

HOQUET, s. m., *singultus;* sorte de mouvement convulsif, presque toujours répété plusieurs fois de suite, à des intervalles assez rapprochés, et qui détermine des secousses plus ou moins pénibles dans le corps entier, principalement toutefois dans la poitrine et l'abdomen. Il consiste en une contraction subite et involontaire du diaphragme, qui produit une inspiration rapide et incomplète, accompagnée d'un bruit particulier, et immédiatement suivie d'une expiration naturelle.

Le hoquet paraît dépendre d'une irritation du pharynx et de l'estomac. C'est ainsi qu'on l'observe le plus ordinairement à la suite d'une réplétion trop prompte ou immodérée de ce viscère, ou après l'usage, soit des boissons froides, soit des liqueurs fortement alcoolisées. Pour peu qu'il se prolonge, il détermine un sentiment tout particulier d'anxiété, qu'on ne peut pas rapporter uniquement à la gêne de la respiration, puisque c'est surtout dans les intervalles des secousses qu'on l'éprouve.

Les partisans des forces médicatrices de la nature ont voulu trouver un but utile au hoquet. Les mouvemens qu'il imprime aux viscères abdominaux, doivent, suivant eux, exciter leur action, en même temps qu'activer la circulation capillaire. Sans doute ils produisent cet effet; mais, en y réfléchissant bien, on voit qu'ils ne font réellement qu'en augmenter l'intensité, c'est-à-dire, que contribuer à accroître l'état de choses dont eux-mêmes sont le résultat. Le hoquet est toujours l'annonce d'une gêne, d'un trouble momentané; c'est le symptôme non d'une maladie, comme Despaulx l'a dit avec une exagération palpable, mais d'un commencement d'état pathologique, qui, le plus souvent, dure peu, et avorte presque sur-le-champ.

Nous avons dit que le hoquet est le symptôme d'une irritation de la membrane muqueuse pharyngo-stomacale, et en effet rien n'est plus commun que de le voir survenir dans les irritations de l'estomac, désignées sous le nom d'embarras gastrique, dans celle qui a reçu le nom d'indigestion; mais il n'est pas rare non plus de le voir se déclarer par l'effet d'un mouve-

ment brusquement suspendu de déglutition; dans ce cas, l'estomac n'est nullement irrité, la couche musculaire du pharynx se trouve dans une sorte de convulsion; elle exécute, s'il est permis de parler ainsi, un faux mouvement; la déglutition s'opère dans une direction vicieuse; le même genre de mouvement s'exécute simultanément dans les muscles du larynx, dans le diaphragme, en un mot, dans tout le système musculaire respiratoire, et le hoquet a lieu. Ce consensus d'action tient à la liaison primordiale du système musculaire digestif avec celui de l'appareil respiratoire. Par conséquent, peu importe le point de la membrane gastro-pharyngienne qui se trouve lésé. Il arrive aussi qu'un liquide, venant à pénétrer dans la glotte, détermine le hoquet; dans ce cas, la membrane des voies digestives est étrangère à la production de ce symptôme, mais non la membrane laryngée.

Les inflammations de la membrane muqueuse intestinale donnent également lieu au hoquet; il se manifeste dans les cas de hernie étranglée, de plaies pénétrantes de l'abdomen; c'est aussi parfois le symptôme de la gastro-hépatite, ou même de l'hépatite seulement; la présence des vers dans les voies digestives y donne souvent lieu. On cite des cas de fièvres pernicieuses SINGULTUEUSES. On pense bien que les inflammations de la plèvre et de la portion du péritoine qui revêtent les faces supérieure et inférieure du diaphragme, en s'opposant à la liberté du mouvement de ce muscle, donnent assez souvent lieu au hoquet. Une collection de pus ou de sérosité, qui pèse sur le diaphragme, produit le même effet.

Le hoquet peut survenir sans que l'une ou l'autre de ces membranes soit irritée; une pression vive l'excite, un emportement de colère aussi; dans ce cas, la membrane muqueuse gastrique concourt-elle nécessairement à la production du phénomène? Broussais le pense, parce que, suivant lui, rien ne peut avoir lieu, dans l'économie, sans le consensus de l'estomac.

Hippocrate s'est beaucoup occupé du hoquet, sous le rapport du pronostic; mais tout ce qu'il en dit est fort vague : ce phénomène n'est réellement le symptôme d'aucune maladie; il n'est d'aucune valeur, sauf le cas où il coïncide avec des symptômes alarmans.

Un hoquet léger, effet d'une cause passagère, cesse de lui-même : on hâte sa disparition en prenant un peu de vinaigre pur sur un morceau de sucre, en buvant, sans reprendre haleine, un grand verre d'eau, en prenant une glace, en s'abstenant de respirer pendant le temps le plus prolongé possible, en fixant fortement son attention sur un tout autre objet; l'annonce d'une nouvelle fâcheuse ou d'un événement joyeux, le fait cesser

subitement, ainsi que la frayeur ou la colère. Il en est du hoquet, en cela, comme de toutes les convulsions légères, du bégayement, de la lenteur à parler, du rire, etc.

Un hoquet habituel est l'indice d'une irritation intense d'une partie de la poitrine ou de l'abdomen, et peut-être, dans quelques cas, d'une portion de l'encéphale ou du système nerveux ganglionaire. C'est à celui qui résulte de l'affection du système nerveux, qu'a été donné le nom d'*essentiel*, comme si un symptôme, c'est-à-dire un phénomène, produit par un état morbide, pouvait constituer une maladie. On a vu un sujet périr à la suite d'un hoquet opiniâtre avec dysphagie, et, à l'ouverture du cadavre, on ne trouva aucune lésion d'organes; mais connaissait-on à cette époque tous les effets matériels de l'inflammation du cerveau?

Le hoquet évidemment symptomatique est amélioré et quelquefois suspendu ou guéri par les mêmes moyens qui réussissent quand il est l'effet d'une cause légère; mais souvent c'est en vain qu'on l'attaque par les acides, les boissons à la glace, les narcotiques, les irritans de la peau, moyens rationnels, qui sont indiqués toutes les fois que la nature du mal primitif ne s'y oppose pas; si l'on ne parvient à faire cesser ou à diminuer le mal, rarement le hoquet cesse.

HORDEINE, s. m.; principe immédiat des végétaux, pulvérulent, jaune, aride, grossier et ligneux, insoluble dans l'eau, qui ne contient pas d'azote, et se convertit, par l'action de l'acide nitrique, en acides oxalique et acétique, ainsi qu'en une petite quantité de principe amer jaune. Proust a découvert cette substance dans la graine d'orge, du poids de laquelle elle forme les cinquante-cinq centièmes: elle y est confondue, dans la farine, avec le principe amylacé. La germination la détruit en partie, car, dans l'orge germée, elle se trouve réduite à la dose de douze centièmes, tandis qu'au contraire l'amidon, le sucre et la gomme ont beaucoup augmenté de poids. C'est à elle que le pain d'orge doit sa mauvaise qualité.

HORRIPILATION, s. f., *horripilatio*. *Voyez* FRISSON.

HOSPICE, s. m., *hospitium*; mot assez généralement regardé comme synonyme de celui d'*hôpital*, mais auquel, d'après son origine, une signification différente doit être attachée. Coste propose de le définir ainsi: établissement de bienfaisance public, dans lequel sont logées, nourries et entretenues des personnes que leur âge trop ou trop peu avancé, des infirmités et le défaut de fortune, forcent de s'y réunir, en s'y occupant d'un travail proportionné à leurs forces, et qui tourne au profit de la communauté ou à l'avantage de celui qui s'y est livré, pour se procurer quelques douceurs. Ainsi défini, l'hospice est une maison de retraite, soit pour des personnes

en santé, soit pour des individus atteints d'infirmités chroniques telles que toute tentative de traitement serait inutile ou même dangereuse. Sous ce point de vue il diffère beaucoup de l'hôpital, qui est un établissement de charité publique, réservé d'une manière exclusive pour les maladies dont l'état réclame, sans délai, les secours de l'art de guérir.

HOTEL-DIEU, s. m. Ce mot, quoique regardé comme synonyme d'hôpital, n'a pas absolument, pris à la rigueur, la même signification. Il désigne exclusivement toute maison publique dans laquelle on reçoit les pauvres sans distinction ni exception, pour les traiter des maladies qui réclament l'application actuelle des secours de la médecine, de la chirurgie, ou, à la fois, des deux branches de l'art de guérir.

HOUBLON, s. m., *humulus;* genre de plantes de la dioécie pentandrie, L., et de la famille des urticées, J., qui a pour caractères : fleurs dioïques; les mâles, pédonculées, naissent au sommet des rameaux, en petites grappes axillaires et terminales, dénuées de corolle, et pourvues d'un calice profondément divisé en cinq parties, et de cinq étamines; les femelles, formant des cônes écailleux et comprimés, ordinairement axillaires, pédonculés, ovoïdes, munis à leur base d'un involucre quadriphylle, et composés d'écailles entières, attachées à un axe commun, et imbriquées; chaque écaille, roulée en cornet à la base, sert de calice à une fleur sans corolle, au centre de laquelle se trouve un ovaire, chargé de deux styles, qui devient une petite semence enveloppée dans une tunique membraueuse.

Le houblon, appelé aussi *vigne du nord*, est une plante sarmenteuse et grimpante, à racines vivaces et stolonifères, qui croît naturellement en Europe dans les haies, et qui élève ses tiges à plus de douze pieds, quand elle trouve un soutien. Ses feuilles opposées, dentées, rudes au toucher, accompagnées de stipules, et portées par des pétioles épineux, sont quelquefois simples et cordiformes, mais le plus souvent trilobées. Les fleurs ont une teinte herbacée. Les fruits, qui sont jaunâtres, brunissent à l'époque de leur parfaite maturité. On cultive le houblon en plusieurs endroits, pour récolter ces derniers, qui sont employés à la confection de la bière.

L'odeur des cônes du houblon a beaucoup de rapport avec celle de l'ail. Quoique leur saveur soit très-amère, elle n'est cependant pas désagréable. On remplit plusieurs indications à la fois, en les faisant entrer dans la bière : car, non-seulement ils masquent la saveur fade et doucereuse que la décoction d'orge germée aurait sans cette addition, mais encore ils l'empêchent de passer à la fermentation acide, et lui communiquent une propriété stimulante qui en facilite l'élaboration

par les organes digestifs. Le principe amer qu'ils contiennent est soluble dans l'eau et l'alcool ; mais on le connaît encore fort peu, et il serait à désirer que les chimistes s'occupassent d'une analyse exacte de la plante qui le fournit.

Le houblon figure aussi parmi les agens thérapeutiques, et son mode d'action sur les tissus organiques lui assure une place assez distinguée parmi les toniques. L'infusion et plus encore la décoction de ses feuilles, de ses sommités, mais surtout de ses cônes, accroissent l'énergie du tube alimentaire ; elles aiguisent ainsi l'appétit, et si l'on en continue l'usage pendant quelque temps, le développement de la tonicité stomacale se propage peu à peu à tous les tissus organiques. On peut donc concevoir l'action diurétique et sudorifique qu'elles produisent quelquefois, en ayant égard aux liaisons sympathiques qui existent entre l'estomac d'une part, les reins et la peau de l'autre. Cependant il ne faut pas mettre entièrement ces effets sur le compte du houblon, attendu que la température des boissons peut y contribuer pour beaucoup, et suffire même, dans une foule de cas, pour les provoquer. Quoi qu'il en soit, l'administration du houblon rentre entièrement sous l'empire des règles qui doivent présider à celles de tous les toniques, et, pour obtenir des succès, quand on y a recours, il faut savoir bien distinguer les cas dans lesquels l'excitation de l'estomac peut être avantageuse, à titre de dérivatif. Ainsi, cette plante paraît être utile dans le traitement des affections chroniques de la peau et des parties génitales, non par une puissance spéciale qu'elle exercerait sur les principes chimériques auxquels beaucoup de médecins attribuent encore ces maladies, mais en diminuant indirectement l'activité d'un organe, par l'exaltation momentanée qu'elle occasione dans celle d'un autre, et contribuant ainsi à rétablir peu à peu l'équilibre qui constitue la santé. Mais le houblon convient-il de même contre les scrofules et le rachitisme? C'est ce que nous examinerons lorsque nous traiterons de l'usage des toniques dans ces affections.

Le houblon n'est pas seulement amer, il exerce sur le cerveau une influence qui peut aller jusqu'à troubler les fonctions de cet important viscère, et causer de graves accidens, par exemple l'engourdissement, et même un sommeil mortel. On ignore si cette action tient à la nature du principe amer lui-même, ou si elle est inhérente à une substance particulière qui entrerait dans la composition chimique du houblon. Tout ce qu'on sait, c'est qu'elle ne devient sensible que quand la plante se trouve réunie en masse, et que celle-ci peut alors l'exercer en vertu de la seule odeur qu'elle exhale. Ce n'est donc pas sans motif que plusieurs écrivains ont attribué au

houblon une propriété narcotique, qui explique pourquoi la bière, surtout celle qu'on a fortement houblonnée, affecte davantage le cerveau que les liqueurs alcooliques, et produit une ivresse accompagnée de symptômes plus violens. Mais quelle que soit la source de cette propriété, toujours est-il certain qu'on peut la considérer comme à peu près nulle dans l'infusion et la décoction telles qu'on les prescrit à titre de tisanes, et que le houblon a besoin, pour altérer les forces cérébrales, d'être introduit à hautes doses, et concentré, dans l'estomac. Voilà sans doute pourquoi son extrait est propre à exciter le sommeil, quand on le donne en forte quantité, par exemple à celle de vingt grains, ce qui fait que les médecins du nord le substituent quelquefois à l'opium. La teinture alcoolique produit le même effet. Cette circonstance semble autoriser à croire que l'action céphalique du houblon tient à la nature de son principe amer, et à la manière dont celui-ci impressionne l'estomac, car on ne saurait se dissimuler que tous les toniques, même à la plus haute dose à laquelle on puisse les porter, n'agissent pas tous de la même manière, et sur cet organe, et sur ceux qui sympathisent plus ou moins directement avec lui.

On mange les jeunes pousses du houblon dans quelques contrées du nord de l'Europe.

HOUPPE DU MENTON; nom donné par les anatomistes à un muscle qui occupe le menton, et qui forme, en grande partie, la saillie qu'on observe sur cette région de la face; il s'étend de la mâchoire inférieure à la peau du menton, vers laquelle il dirige toutes ses fibres, qui sont, pour la plupart, perpendiculaires à l'os, et de longueur inégale. Quand il se contracte, il fronce cette peau, sur laquelle il fait naître alors un grand nombre de petits enfoncemens; dans le même temps, il relève un peu la lèvre supérieure.

HOUX, s. m., *ilex;* genre de plantes de la tétrandrie tétragynie, L., et de la famille des ramnoïdes, J., qui a pour caractères : fleurs hermaphrodites, unisexuelles ou dioïques; calice persistant, à quatre dents; corolle monopétale, à quatre découpures profondes; quatre étamines; quatre stigmates sessiles; baie sphérique, à quatre loges monospermes.

Le *houx commun*, *ilex aquifolium*, seule espèce de ce genre dont on fasse quelqu'usage en médecine et dans les arts, est un arbrisseau toujours vert, dont les feuilles, alternes et pétiolées, sont ovales, pointues, glabres, coriaces et entières ou garnies de dents saillantes et épineuses. Elles passent pour résolutives, mais on ne s'en sert jamais, si ce n'est parmi les gens du peuple, dans quelques contrées d'Allemagne, telles que la Saxe. On les a cependant conseillées, il n'y a pas fort

long-temps, contre la goutte, les maladies vénériennes, les fièvres intermittentes et la colique. Leur saveur styptique et amarescente indique qu'elles sont légérement toniques. On dit que les baies sont purgatives. La seconde écorce sert à préparer la GLU.

Les baies de l'*apalachine*, *ilex vomitoria*, espèce qui croît à la Caroline, sont vomitives. L'empirisme les a décorées de vertus médicinales, au sujet desquelles une expérience éclairée n'a point encore prononcé.

HUILE, s. f., *oleum ;* nom commun à un grand nombre de substances végétales et animales, élaborées par la nature ou produites par l'art, qui sont liquides ou facilement liquéfiables, inflammables avec ou sans intermède, peu ou point solubles dans l'eau, quoique miscibles à elle, et formées toutes par une combinaison d'hydrogène et de carbone avec une petite quantité d'oxigène.

Les *huiles naturelles* forment deux classes bien distinctes, les *fixes* et les *volatiles*.

Les *huiles fixes* doivent cette dénomination à ce qu'on ne peut essayer de les volatiliser sans leur faire subir au moins un commencement de décomposition. On les appelle aussi *douces*, parce qu'elles sont en général fades, quoique quelques-unes aient une saveur désagréable, et *grasses*, parce qu'elles ont une onctuosité qui les empêche de couler facilement lorsqu'elles sont liquides à la température ordinaire. Toutes, en effet, ne le sont pas. Celles qui se montrent à l'état solide, portent le nom de *beurre*, appliqué également à des huiles animales et à des huiles végétales. Les noms de *graisse* et de *moelle* sont réservés pour certaines huiles animales concrètes. Toutes ces substances sont blanches ou colorées, soit en jaune, soit en jaune verdâtre. Toutes ont une pesanteur spécifique inférieure à celle de l'eau.

Les principales huiles qui appartiennent à cette catégorie sont : 1°. parmi les végétales, celles d'amandes douces, d'olives, de noix, de lin, d'œillette ou de pavot, de ben, de faine, de pistache de terre, de colsa, de navette, de chenevis, de ricin et de pignon d'Inde, le suif végétal, le beurre de cacao et le beurre de coco ; 2°. parmi les animales, la graisse, la moelle, le beurre, l'huile de jaune d'œuf, l'huile de poisson, etc. Le beurre animal, celui de cacao, celui de coco, la moelle, certaines graisses et le suif végétal sont concrets.

Une huile végétale fluide, exposée à l'action de l'air, perd peu à peu de sa fluidité, s'épaissit, et quelquefois se durcit au point de ne plus tacher le papier sur lequel on l'applique. Celles qui acquièrent cette dernière propriété, sont appelées

siccatives; telles sont celles de noix, de lin et de pavot. En subissant ce changement, l'huile perd une partie de son carbone, qui s'exhale sous forme d'acide carbonique, et elle absorbe une certaine quantité d'oxigène.

Toutes ces substances sont absolument insolubles dans l'eau; mais la plupart se dissolvent dans l'alcool et l'éther; elles dissolvent le soufre et le phosphore, à l'aide de la chaleur. Le chlore et l'iode leur enlèvent une portion d'hydrogène, même à la température ordinaire, ce qui fait qu'ils se transforment en acides hydrochlorique et hydriodique. Lorsqu'on les fait bouillir avec des oxides ayant beaucoup d'affinité pour les acides, tels que les alcalis, elles se décomposent, et donnent naissance aux acides oléique et margarique, dont l'union avec ces oxides produit les différentes espèces de savon.

Les huiles fixes paraissent toutes composées de deux principes, la STÉARINE et l'ÉLAINE, dont on doit la découverte à Chevreul et Braconnot.

L'homme les emploie à un grand nombre d'usages économiques, et en fait même servir plusieurs à son alimentation. Toutes, à l'exception de celles qui contiennent une substance âcre, comme l'huile de ricin, peuvent entrer dans les préparations culinaires, pourvu qu'elles soient nouvellement obtenues, et que l'action de l'air ne les ait pas encore altérées, parce qu'alors, outre qu'elles acquièrent une odeur et une saveur désagréables, elles deviennent âcres et fortement irritantes. Rien de plus malsain que les huiles et les graisses rances : il faut l'estomac robuste des peuples confinés sous les glaces voisines du pôle, pour les digérer et n'en point être gravement incommodé. Nous traiterons plus particulièrement de chacune d'elles à l'article qui doit lui être consacré.

Les *huiles essentielles*, *volatiles*, *éthérées*, ou simplement *essences*, *quintessences*, sont toutes âcres, caustiques, odorantes et sans viscosité; en général plus légères que l'eau, elles s'y précipitent cependant quelquefois. Plusieurs sont colorées diversement, ce qu'on attribue à la présence de corps étrangers. Elles s'enflamment à l'approche d'un corps en ignition, et répandent, en brûlant, une fumée noire et épaisse. Exposées à l'action du gaz oxigène, elles l'absorbent, s'épaississent peu à peu, et se transforment souvent en des substances solides, analogues aux résines. Toutes se dissolvent un peu dans l'eau, et en petite quantité dans l'alcool, formant alors ce qu'on appelle *eaux* ou *esprits* aromatiques, suivant la nature du véhicule. On les trouve dans tous les végétaux aromatiques, qui leur doivent leur odeur, et d'où on les extrait, soit par la pression, soit plus souvent par la distillation. Parmi les plus intéressantes, nous citerons celles d'anis, de bergamote, de citron, d'o-

range, de cannelle, de girofle, de jasmin, de lavande, de menthe poivrée, de fleurs d'oranger, de romarin, de rose et de térébenthine. Toutes sont excitantes et stimulantes à un haut degré, et, administrées à une certaine dose, mettent en jeu les sympathies de l'estomac, ce qui fait qu'elles déterminent des effets secondaires variables en raison de la constitution particulière des individus.

Pour les huiles animales, *Voyez* l'article GRAISSE.

Certaines huiles, appelées *empyreumatiques*, résultent de la distillation des matières, soit végétales, soit animales. Comme elles sont tombées en désuétude depuis les progrès modernes de la chimie, on ne s'est pas assez attaché à les étudier pour qu'il soit possible d'en déterminer, avec précision, la nature. La seule dont on se serve encore quelquefois en médecine, est *l'huile animale de Dippel*, liquide léger, très-volatil, blanc ou jaunâtre, d'une odeur forte et pénétrante, d'une saveur désagréable, composé, en apparence, d'huile fixe, d'huile volatile et d'ammoniaque, qu'on obtient en distillant une matière animale quelconque.

Autrefois on donnait le nom d'*huiles* à une foule de substances diverses, qui ont une certaine analogie de consistance ou d'aspect avec les huiles animales ou végétales. Ces dénominations vicieuses sont toutes proscrites, depuis qu'on a réformé la nomenclature chimique.

HUIT DE CHIFFRE; bandage ainsi nommé parce que ses circonvolutions affectent la forme d'un 8, et qui sert à maintenir des topiques, ou à exercer quelque compression autour des articulations. Pour exécuter le huit de chiffre, on prend une bande longue de plusieurs aunes, et roulée à un cylindre; deux tours circulaires servent à fixer le chef de cette bande au-dessous de la jointure, après quoi l'on remonte obliquement au-dessus, où l'on fait un nouveau circulaire, pour redescendre ensuite, en croisant en forme d'X, le premier jet oblique. On continue cette manœuvre jusqu'à ce que toute la bande soit employée. Il est de règle de placer les entrecroisemens des jets sur le côté de l'articulation qui correspond au sens de la flexion, afin de ne pas gêner les mouvemens. Lorsque l'on se propose seulement de maintenir des topiques, le bandage n'a pas besoin d'être serré; mais, quand il doit comprimer les parties, il faut le terminer par des doloirs qui remplissent tout l'intervalle laissé libre entre les circulaires inférieurs et les supérieurs, et prévenir le gonflement de la portion du membre placée au-dessous, en l'entourant elle-même d'une bande médiocrement serrée.

HUITRE, s. f. *ostrea;* genre de mollusques acéphales, dont une espèce, *ostrea edulis*, jouit, depuis un temps im-

mémorial, d'une grande célébrité dans les fastes de la gastronomie.

Les huîtres sont très-faciles à digérer, et l'on peut en manger des quantités prodigieuses, sans en être incommodé; mais il faut pour cela qu'elles soient crues, car la coction les rend très-réfractaires à l'action de l'estomac. L'eau de mer, dont elles retiennent toujours une certaine quantité, est leur assaisonnement naturel; le sel que cette eau contient stimule assez l'estomac pour contrebalancer l'impression émolliente causée par les huîtres elles-mêmes, qui, sans ce secours, ou celui d'une boisson tonique, telle qu'un vin blanc léger, pourraient ne pas se prêter aussi aisément à la digestion, surtout chez les personnes qui ont contracté l'habitude d'exciter avec force l'action stomacale. C'est cette impression émolliente qui rend les huîtres salutaires durant la convalescence des affections gastriques. Les convalescens de gastrites, et même plusieurs malades affectés de gastrite chronique, digèrent souvent à merveille les huîtres, au moins pendant quelques jours; mais dès qu'ils s'en dégoûtent, il faut bien se garder d'insister; lorsqu'ils continuent à les désirer, et qu'elles sont digérées aisément, on peut leur en faire continuer l'usage. Les prétendues phthisies pulmonaires guéries par l'usage exclusif de cet aliment, dont les auteurs citent un grand nombre d'exemples, n'étaient, selon toute apparence, que des gastrites chroniques.

Les coquilles d'huître calcinées étaient employées autrefois en médecine; elles entraient, entr'autres, dans le fameux remède de mademoiselle Stéphens contre la pierre. Depuis qu'on sait que l'action du feu les convertit en chaux chargée d'un peu d'acide carbonique et d'acide hydro-sulfurique, sans, par conséquent, leur faire acquérir aucune qualité particulière, on les a bannies de la matière médicale.

HUMECTANT, adj. et s. m., *humectans*. Au temps où régnait l'humorisme, il était important de liquéfier les humeurs et d'amollir les solides; pour remplir ce but, on avait recours aux substances mucilagineuses, acidules ou huileuses, afin de redonner de la souplesse aux tissus organiques. Les laxatifs étaient encore des humectans. Ces dénominations, tirées des théories mécanico-humorales, ne sont plus en usage aujourd'hui.

HUMÉRAL, adj., *humeralis;* qui a rapport ou qui appartient à l'humérus ou au bras. Synonyme de BRACHIAL, qui est plus usité.

HUMÉRO-CUBITAL, adj., *humero-cubitalis;* nom de l'articulation de l'os du bras avec le cubitus.

Cette articulation, qui constitue un ginglyme angulaire parfait, très-serré, et qui ne permet de mouvemens qu'en deux

sens opposés, résulte de la rencontre de l'extrémité inférieure de l'humérus avec les extrémités supérieures du cubitus et du radius. Toutes ces parties sont incrustées de cartilages, et maintenues en rapport par quatre ligamens, deux latéraux, un antérieur et un postérieur. Les deux premiers se fixent en haut aux tubérosités ou condyles de l'humérus, en bas, l'externe au ligament annulaire du radius, dans lequel il se perd, l'interne à la partie interne de l'apophyse coronoïde du cubitus. Le ligament antérieur n'est qu'une membrane mince, irrégulière et de forme variable, dont les fibres obliques et écartées les unes des autres, se portent de l'humérus au radius. A l'égard du postérieur, les deux faisceaux distincts qui le constituent s'attachent d'une part à la poulie et aux deux tubérosités humérales, de l'autre à l'olécrâne. Toute l'articulation est tapissée en dedans d'une membrane synoviale, comme à celle des deux os de l'avant-bras entre eux.

Formée par des surfaces fort étendues transversalement, l'articulation huméro-cubitale est douée d'une solidité très-grande, et qui lui était d'autant plus nécessaire que, située au milieu du lévier que forme le membre supérieur, elle est exposée à des efforts violens et multipliés. Une série d'éminences et de cavités qui se reçoivent réciproquement, et dont la direction, d'avant en arrière, permet les mouvemens d'extension et de flexion, en même temps qu'elle s'oppose à tous les autres; sur les côtés, deux ligamens assez épais et fortifiés par les expansions fibreuses des muscles extenseurs et fléchisseurs de la main et des doigts; en avant, les tendons des muscles brachial antérieur et biceps; en arrière, l'olécrâne, que soutient le tendon du muscle triceps brachial; telles sont les parties qui affermissent cette jointure, et qui en rendent les luxations moins fréquentes qu'elles ne semble-raient au premier abord devoir l'être.

Cependant, malgré ces dispositions anatomiques, les os de l'avant-bras peuvent être portés en arrière, en avant, ou sur les côtés de l'extrémité inférieure de l'humérus. De ces quatre espèces de déplacemens, celui qui a lieu en arrière est le plus commun, l'apophyse coracoïde, la partie antérieure de la capsule fibreuse et les tendons du brachial antérieur et du biceps n'opposant à son exécution que des obstacles peu considérables. Les luxations latérales sont au contraire fort rares, parce que les surfaces articulaires présentent une si grande largeur, qu'elles ne peuvent presque jamais s'abandonner entièrement dans ce sens. On a observé que le radius et le cubitus se portent plus facilement au dehors qu'en dedans, ce qu'expliquent la forme des surfaces articulaires et l'angle rentrant en dehors que présente l'articulation du coude. Enfin,

les déplacemens de l'avant-bras ne sauraient jamais avoir lieu en arrière sans la fracture préalable de l'olécrâne, qui se replie derrière l'extrémité inférieure de l'humérus. Cet accident est, au reste, si rare, que J.-L. Petit, Desault et Boyer, dans le cours de leur immense pratique, n'ont jamais eu occasion de l'observer.

Lorsque, dans une chute en avant ou sur le côté, le membre supérieur étant étendu, afin de garantir le corps, le sol arrête brusquement les os de l'avant-bras, on observe que l'humérus, chargé du poids du tronc, heurte violemment contre la face articulaire de l'apophyse coronoïde. Dans un semblable mouvement, l'os du bras représente un levier du premier genre : sa partie supérieure est portée en arrière et en bas par l'épaule, tandis que son extrémité inférieure, repoussée en avant par l'olécrâne qui sert de point d'appui, glisse sur le plan incliné que lui offre l'apophyse coronoïde, et se présente à la partie antérieure de l'articulation. La capsule, distendue dans cet endroit, se rompt, et, si la force de déplacement n'a été que médiocre, les tendons des muscles biceps et brachial antérieur arrêtent l'extrémité de l'humérus, et se réfléchissent sur elle. Dans le cas contraire, ces parties sont elles-mêmes déchirées, et l'on a vu les surfaces articulaires de l'os du bras percer les tégumens, et venir frapper le sol avec violence. L'extension de l'avant-bras est la circonstance qui favorise le plus la luxation qui nous occupe; le déplacement semble être la conséquence de son exagération. Cependant cette luxation a eu lieu quelquefois dans les chutes sur le membre à demi fléchi, et pendant l'effort impuissant que font les muscles pour étendre le bras, arrêté d'une part par le sol, et chargé de l'autre de tout le poids du corps. Mais il est d'autant plus rare et plus difficile que l'accident survienne de cette manière, que, quand l'avant-bras est dans la demi-flexion, la surface articulaire de l'humérus appuie sur la partie la plus reculée de l'apophyse coronoïde, en même temps que le coude est libre de tout effort susceptible de porter l'os du bras en avant.

Pour que les déplacemens latéraux aient lieu, il est indispensable que l'avant-bras, pressé avec force, soit brusquement porté en dedans ou en dehors, pendant que l'humérus, retenu dans l'immobilité, ne peut suivre ce mouvement. C'est ainsi que J.-L. Petit a vu la luxation en dehors s'opérer chez un homme dont l'avant-bras fut pris entre les rayons d'une roue de voiture. Chez un autre, la luxation en dedans fut le résultat d'une chute, dans laquelle le corps d'un cheval tomba sur le bras du cavalier, et le pressa contre un sol très-inégal. Dans tous les cas de cette espèce, l'avant-bras est transformé en un levier du second genre, dont le point d'appui est au

poignet, la puissance à un endroit plus ou moins élevé du membre, et la résistance à l'articulation affectée. Quoique les déplacemens de l'avant-bras en avant n'aient presque jamais été observés, on conçoit qu'ils peuvent être la suite de pressions considérables, dans lesquelles cette partie est poussée en avant, tandis que l'humérus est porté en sens contraire.

Les signes de chacun des déplacemeus dont l'articulation huméro-cubitale est susceptible, sont assez faciles à distinguer. Dans l'état normal, le sommet de l'olécrâne est, durant l'extension de l'avant-bras, à la même hauteur que le condyle interne de l'humérus, et un peu au-dessus de l'externe. Le membre étant à demi fléchi, cette apophyse descend au-dessous des tubérosités humérales, et reste plus inférieure à l'interne qu'à l'autre. Dans chacune de ces situations, elle est placée plus en dedans qu'en dehors, la tête du radius la rejetant dans la première de ces directions. Tous ces rapports sont changés aussitôt qu'une luxation a lieu. L'humérus est-il placé au devant du cubitus et du radius? les tendons des muscles biceps et brachial antérieur se contournent sur sa partie articulaire; l'olécrâne fait en arrière une saillie considérable, et souvent se rapproche de l'un ou de l'autre des condyles. L'apophyse coronoïde ne correspond plus à la poulie articulaire humérale que par sa face antérieure et son sommet, et se place assez fréquemment dans la cavité destinée à l'olécrâne. L'avant-bras, ordinairement tourné dans la pronation, et quelquefois dans la supination, reste à demi fléchi; un raccourcissement manifeste s'y fait remarquer lorsqu'on mesure la distance qui sépare les tubérosités de l'humérus des extrémités inférieures du radius et du cubitus. En avant, on observe la saillie formée par l'extrémité inférieure de l'os du bras : tous les muscles qui, du condyle, se portent à la main ou aux doigts, sont relâchés par le rapprochement de leurs attaches. Si l'on essaie d'étendre ou de fléchir davantage l'avant-bras, les muscles biceps et brachial antérieur, tiraillés et contractés avec force, s'y opposent, en même temps que de vives douleurs se font sentir.

Les désordres précédens sont accompagnés, dans un grand nombre de cas, de la rupture des ligamens latéraux de l'articulation. Quelquefois l'anneau fibreux du radius cède plutôt que le ligament latéral externe auquel il donne attache, et une luxation en arrière de l'os du rayon complique le déplacement principal. On reconnaît cet accident à la combinaison des signes propres à chacune des lésions concomitantes. Lorsque les muscles brachial antérieur et biceps sont rompus, l'avant-bras est entraîné par le triceps brachial dans une extension presque complète; cette partie du membre thoracique

reste, pour ainsi dire, flottante, sans attitude déterminée, et obéissant à toutes les impulsions; un très-petit nombre de parties molles séparent la peau de la surface articulaire de l'humérus, et le raccourcissement est, chez la plupart des sujets, porté très-loin. On conçoit difficilement comment un déplacement aussi considérable n'est pas accompagné de la dilacération du nerf médian et de l'artère brachiale. Cependant ni l'un ni l'autre de ces organes ne sont ordinairement lésés; ils semblent fuir au devant de l'humérus, et lui échappent, lors même qu'il perce la peau et fait saillie au dehors. Dans quelques circonstances moins heureuses, l'artère brachiale a toutefois été déchirée, et il a fallu en opérer la ligature.

Les luxations latérales sont constamment annoncées par la saillie en dedans ou en dehors de l'un des condyles de l'humérus, au-dessous duquel se trouve une dépression profonde, tandis que du côté opposé les os de l'avant-bras soulèvent la peau. Le radius et le cubitus sont-ils portés en dedans, la cavité du premier correspond tantôt à la saillie moyenne, et tantôt à la partie interne de la poulie articulaire de l'humérus. Dans le premier cas, la portion interne de la grande échancrure sygmoïde est seule placée hors de l'articulation; dans le second, le cubitus cesse entièrement de correspondre aux surfaces humérales. Presque toujours alors l'avant-bras fait, avec le bras, un angle saillant en dedans et rentrant en dehors. Lorsque ce déplacement a lieu en sens inverse, le radius dépasse le condyle externe, la petite tête de l'humérus correspond à la partie externe de l'échancrure sygmoïde, et la saillie humérale moyenne à la portion interne de la même échancrure. A un degré plus considérable, cette dernière partie reçoit l'éminence destinée au radius, et la moitié du cubitus fait saillie au-delà du condyle externe. Il est rare, ainsi que nous l'avons déjà dit, que ces déplacemens soient assez considérables pour que les surfaces articulaires opposées cessent entièrement de se toucher. Quel que soit leur degré, les ligamens latéraux sont presque constamment rompus. On a redouté alors la dilacération du nerf cubital, qui passe au côté interne de l'articulation; mais l'expérience n'a présenté aucun des accidens que la lésion de cet organe ne manquerait pas de déterminer.

Si les os de l'avant-bras étaient portés au-devant de la partie inférieure de l'humérus, le membre, raccourci, serait maintenu dans une extension forcée. En arrière, on sentirait l'olécrane séparé du reste du cubitus, et laissant au-dessous d'elle la cavité qui lui est destinée; plus bas, on remarquerait la saillie formée par l'humérus; en avant, seraient les os de l'avant-bras, et surtout une tumeur formée par l'apophyse coro-

noïde; une distance considérable séparerait les condyles des tégumens du pli du coude.

Toutes les luxations de l'articulation huméro-cubitale sont promptement suivies d'un gonflement considérable qui, recouvrant les saillies osseuses, a souvent suffi pour faire méconnaître l'existence de la maladie. Les parties ayant éprouvé des tiraillemens portés très-loin, et se trouvant encore dans un état de gêne et d'irritation entretenu par le déplacement, une vive inflammation s'en empare. Quoique énergiquement combattue, cette phlogose altère avec rapidité la texture des organes; elle fait adhérer les tissus entre eux, et crée, en un temps fort court, d'invincibles obstacles à la réduction. Dans les déplacemens les plus simples, lorsque l'humérus est porté en avant, un mois ou six semaines au plus suffisent pour rendre infructueux les efforts au moyen desquels on cherche à replacer les os. Le membre demeure alors à demi-fléchi, ankylosé et presque inutile au malade. On a, toutefois, observé, chez des sujets fort jeunes, que la réduction a pu être opérée vers le quarantième jour, ou qu'il s'est formé, entre l'humérus et la partie antérieure et supérieure des os de l'avant-bras, une articulation anormale qui permettait des mouvemens assez étendus d'extension et de flexion, ainsi que la rotation de cette partie. A la suite des luxations latérales, ou de celles dans lesquelles l'humérus est porté en arrière, l'irréductibilité entraîne l'atrophie du membre, qui, fixé dans l'état d'extension, ne peut presque plus servir à rien.

Le pronostic, à la suite des déplacemens des os qui forment l'articulation huméro-cubitale, est d'autant plus grave, que des désordres plus considérables les accompagnent, que des accidens inflammatoires plus violens leur succèdent, et que la maladie, déjà ancienne, oppose plus de difficulté à la réduction. Dans un cas de déchirure de l'artère brachiale, la ligature de ce vaisseau fut suivie de la gangrène du membre et de la mort du sujet.

Il importe, dans les lésions qui nous occupent, de ne pas perdre un instant, afin de procéder à la réduction. Quelques heures suffisent fréquemment pour laisser se développer un gonflement inflammatoire qui oblige ensuite de remettre les efforts à une époque plus éloignée, où ils seront peut-être inutiles. Les procédés employés par les anciens pour réduire les luxations de l'avant-bras en arrière, ne méritent plus d'être décrits. Ils consistaient à placer, soit le genou du chirurgien, soit un rouleau de bois ou une colonne de lit, convenablement garnis de linge, au pli du coude, et à fléchir brusquement le membre sur ces corps étrangers. L'extension, la contre-extension et la coaptation s'opéraient alors en même temps; mais les parties

étaient violemment contuses; des douleurs violentes accompagnaient des secousses toujours vives, et dont le chirurgien ne pouvait diriger l'action; enfin, les surfaces articulaires, n'étant pas préalablement dégagées, opposaient au replacement des os une résistance considérable. Le moyen employé par J.-L. Petit, et qui consiste à placer l'avant-bras sur une table solide, et à tirer d'une main sur le poignet, est plus méthodique; mais le chirurgien, étant seul chargé de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation, ne peut souvent déployer assez de force; aussi des aides doivent-ils se charger d'étendre les muscles et de dégager les os.

Afin de procéder méthodiquement, le malade doit être assis sur un tabouret solide, deux aides saisissent le poignet, un troisième retient le bras à demi-fléchi, en le saisissant à son tiers inférieur. Placé au côté externe du membre, le chirurgien entre-croise les quatre doigts des deux mains au pli du coude, tandis qu'il applique ses deux pouces réunis sur le sommet de l'olécrâne; l'extension et la contre-extension s'opèrent, et lorsque les os s'ébranlent, l'opérateur, tirant l'humérus en arrière, en même temps qu'il repousse en avant l'olécrâne, favorise les efforts exercés par les aides, et opère la réduction. Dans les cas les plus ordinaires, ces efforts suffisent pour atteindre le but qu'on se propose; mais lorsque l'on éprouve une résistance inaccoutumée, ou que la maladie est déjà ancienne, il faut placer au poignet un lac sur lequel on fait tirer plusieurs aides, en même temps qu'un autre lac, placé sous l'aisselle et solidement fixé, sert à la contre-extension. Mais, afin que le membre conserve cette demi-flexion, durant laquelle tous les muscles sont relâchés, et qui est si favorable à la réduction, deux autres lacs doivent être placés au milieu de l'avant-bras et du bras, et confiés à des aides qui les tirent perpendiculairement à la direction de ces parties.

Lorsque le déplacement existe d'un côté à l'autre, le membre étant suffisamment étendu par les aides, la coaptation s'obtient en portant en sens contraire l'humérus et les os de l'avant-bras. La réduction de la luxation dans laquelle l'olécrâne est fracturé, et le cubitus porté en avant, est d'autant plus facile, que le muscle triceps brachial ne saurait y apporter aucun obstacle. Enfin, lorsque le ligament annulaire du radius est rompu, et que cet os reste en arrière du cubitus, il faut, après avoir replacé ce dernier, procéder à la réduction de l'autre, comme si la luxation de l'articulation CUBITO-RADIALE existait seule.

Les os ayant repris leur situation normale, ce dont on est assuré par la bonne conformation du membre, par la facilité avec laquelle on lui fait exécuter des mouvemens d'extension,

de flexion et de rotation, il convient de fléchir l'avant-bras à angle droit sur le bras. Des compresses trempées dans une liqueur résolutive et une bande dont les circonvolutions embrassent la jointure, tels sont, avec une écharpe, les objets qui doivent composer le pansement. Si le désordre a été considérable, et si l'on craint le développement d'une vive irritation, il importe d'entourer la partie inférieure du membre avec une bande roulée, et d'exercer sur l'articulation une compression assez forte. Ce moyen prévient efficacement un engorgement trop considérable; il favorise le rapprochement des parties déchirées ou distendues, et hâte la guérison. Il est peu d'occasions où l'on n'ait à se louer de son emploi. L'appareil doit être levé le second jour, afin de s'assurer de la bonne conformation des parties. Si le radius, ce qui est assez fréquent lorsque son ligament annulaire est rompu, avait abandonné sa position, et s'était porté en arrière, il faudrait le réduire de nouveau, et placer, le long de sa face postérieure, une attelle qui le maintiendrait en rapport avec la petite cavité sygmoïde du cubitus. Du douzième au quinzième jour, les premiers accidens étant dissipés, et les parties commençant à se raffermir, l'appareil doit être levé chaque vingt-quatre heures, afin de faire exécuter au membre des mouvemens, dont on augmente peu à peu l'étendue, et qui préviennent la raideur de l'articulation. Il ne faut ni brusquer ces mouvemens, ni procéder trop tôt à leur exécution : pour avoir voulu trop se hâter, on a souvent empêché la consolidation des tissus fibreux, et laissé dans la jointure une faiblesse incurable.

Lorsque les tendons des muscles biceps et brachial antérieur ont été déchirés, il convient, après la réduction, qui est toujours facile, de fléchir l'avant-bras plus que dans les cas ordinaires, et d'ajouter, à l'appareil que nous avons décrit, un bandage roulé descendant, qui entoure le bras et s'oppose aux contractions des muscles rompus. Enfin, le membre doit être maintenu, plus long-temps qu'après les luxations simples, dans une immobilité complète. Si les tégumens eux-mêmes avaient été percés, il faudrait, après avoir replacé les os, réunir la plaie et panser les parties comme à l'ordinaire. Dans deux cas, rapportés par J.-L. Petit et Boyer, la réduction n'offrit pas de difficulté, et aucun accident grave ne vint retarder la guérison. La déchirure de l'artère brachiale exigerait que l'on procédât, sans retard, à la ligature de ce vaisseau, et, qu'entourant le membre de compresses résolutives, on attendît, pour exercer sur lui une compression salutaire, que la circulation y fût parfaitement rétablie. Dans un cas de ce genre la gangrène survint; mais cet exemple d'un accident funeste ne saurait empêcher d'essayer de conserver le mem-

bre. On s'étonne de voir Boyer conseiller alors l'amputation; car il sera temps d'y recourir, si des soins bien dirigés ne suffisent pas pour dissiper l'inflammation aiguë des parties, et pour rétablir dans l'avant-bras le mouvement circulatoire.

A la suite des déplacemens du radius et du cubitus en avant, il convient de placer le membre dans une extension complète, d'entourer le bras d'un bandage qui s'oppose aux contractions du muscle triceps brachial, et, au moyen de compresses et de plusieurs tours de bande, de fixer l'olécrâne dans sa situation normale. Boyer craint alors de voir l'ankylose survenir, et il veut d'avance placer le membre dans la flexion; mais rien ne démontre qu'il soit absolument impossible de réduire à la fois, et de guérir en même temps, la fracture et la luxation. On pourra toujours bien, vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour, si des accidens semblent rendre inévitable la solidification de la jointure, ployer celle-ci, et laisser l'ankylose se former dans la situation la plus favorable.

Après la réduction et le pansement des luxations de l'articulation huméro-cubitale, le chirurgien doit s'occuper de prévenir les accidens inflammatoires qui tendent à se manifester. Une ou plusieurs saignées, proportionnées aux forces du sujet et à la gravité du mal, devront être pratiquées; un diète sévère, des boissons émollientes et tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, sont alors indispensables; enfin, des évacuations sanguines, locales, abondantes, et des topiques émolliens, doivent combattre immédiatement et modérer la violence de la phlogose des parties affectées. Si cette phlogose s'était développée avant que l'on n'eût pu procéder à la réduction, il serait indispensable, après lui avoir opposé le traitement indiqué, de faire promptement exécuter quelques mouvemens au membre, et de replacer les os avant que le travail inflammatoire n'eût créé des adhérences solides et susceptibles de les retenir au dehors. C'est du douzième au vingtième jour qu'il est ordinairement possible de recourir alors à ces réductions tardives, plus difficiles et plus douloureuses que celles que l'on opère immédiatement.

L'articulation huméro-cubitale est moins que celle du genou exposée aux *corps étrangers* développés dans sa cavité. Lorsque cependant on y reconnaît la présence de concrétions de ce genre, il convient de les attirer sur le côté externe de l'olécrâne, et de les extraire au moyen d'une incision longitudinale pratiquée à la peau et à la capsule fibreuse, après avoir préalablement tiré la première en dehors, afin que, l'opération étant achevée, son ouverture cesse d'être parallèle à celle de la membrane articulaire.

De toutes les articulations du corps humain, il n'en est pas

qui soit plus exposée à l'*ankylose* que celle de l'humérus avec les os de l'avant-bras. Il importe donc beaucoup, dans les fractures placées à son voisinage, et à la suite de ses inflammations, de faire promptement mouvoir le membre, et d'employer les moyens les plus propres à prévenir la raideur qu'il est si exposé à contracter.

On a proposé de pratiquer l'*amputation* de l'avant-bras dans l'articulation huméro-cubitale; mais cette opération, exécutée avec succès dans un petit nombre de cas, est généralement abandonnée : elle n'offre aucun avantage réel sur l'ablation du membre au tiers supérieur de l'humérus, et la plaie irrégulière que l'on est obligé de faire pour l'exécuter, est de beaucoup plus longue et plus difficile à guérir, à raison des parties nombreuses qu'elle intéresse, et des surfaces cartilagineuses étendues, auxquelles le lambeau doit s'agglutiner. Si cependant on voulait pratiquer cette opération, le procédé suivant, enseigné par Dupuytren, est incontestablement le plus avantageux. Le malade étant assis sur un tabouret, et la compression suspendant le cours du sang, le chirurgien, placé au côté externe du membre, traverse, d'un côté à l'autre, au niveau des condyles de l'humérus, la masse charnue qui garnit la partie antérieure de l'articulation. Le couteau à deux tranchans, dont il convient de se servir, ayant rasé les os, doit être conduit en bas, le long du radius et du cubitus, jusqu'à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'avant-bras. Arrivé là, le tranchant inférieur est tourné en avant, et l'on achève de séparer le lambeau. Celui-ci étant relevé, le couteau divise la partie antérieure de la capsule, les ligamens latéraux, et parvient, de chaque côté, jusqu'à l'olécrâne, que l'on emporte en divisant le triceps brachial, ou que l'on scie à sa base, après avoir divisé les tégumens qui recouvrent sa face postérieure. Les artères étant liées, on applique, d'avant en arrière, et l'on maintient, à l'aide d'emplâtres agglutinatifs et d'un bandage convenable, le lambeau antérieur en contact avec l'extrémité inférieure de l'humérus.

La *résection* des os qui forment l'articulation huméro-cubitale fut pratiquée pour la première fois par Moreau, de Bar, à la fin du siècle dernier. Le procédé qu'il conseille d'employer, pour l'exécuter, est assez simple. L'appareil étant préparé, et l'artère brachiale se trouvant comprimée par un aide, le malade, couché sur le ventre, présente au chirurgien la face postérieure du coude à demi-fléchi. Une incision transversale, étendue d'un condyle à l'antre, et passant au-dessus de l'olécrane, doit être pratiquée sur cette partie. Les ligamens latéraux de l'articulation, le tendon du muscle triceps brachial et la partie postérieure de la capsule articulaire sont divisés

dans ce premier temps de l'opération. L'articulation étant ouverte, on décide si l'humérus seul ou les deux os de l'avant-bras ont besoin d'être réséqués. Dans le premier cas, on conduit de chaque côté, parallèlement aux lignes saillantes qui se terminent aux tubérosités humérales, une incision proportionnée à l'étendue du retranchement que l'on se propose de pratiquer. Le lambeau quadrangulaire qui résulte de ces trois incisions étant maintenu relevé, on détache les parties molles qui adhèrent antérieurement à l'os du bras, et, glissant au devant de lui une lame de carton ou d'ivoire, on le scie au-delà des limites de la carie. Portant ensuite l'avant-bras dans la flexion, il est facile de dégager la partie supérieure du fragment articulaire de l'humérus, et l'on achève de le retrancher en coupant la partie antérieure de la capsule fibreuse. Si les deux os de l'avant-bras exigent à leur tour une résection plus ou moins étendue, l'on pratique, de chaque côté, une incision longitudinale, et le lambeau postérieur étant abaissé, les chairs sont détachées antérieurement, et la scie, conduite sur eux, en emporte une étendue plus ou moins grande. Après l'opération, les vaisseaux ouverts doivent être liés avec soin. La plaie présente deux lambeaux, dont on rapproche les parties libres, et dont il faut réunir les côtés; l'avant-bras est placé dans la demi-flexion; de la charpie, une compresse longuette, et un bandage à bandelettes séparées complètent le pansement.

Tel est le procédé employé par Moreau, et généralement décrit. Dans nos essais sur le cadavre, nous avons plusieurs fois exécuté la résection du coude avec beaucoup plus de vitesse et de facilité. Nous divisons d'un premier coup de couteau les tégumens d'un côté à l'autre de la partie postérieure de la jointure, qui est placée dans la flexion. Détachant ensuite le nerf cubital dans une assez grande étendue, nous le faisons porter en dedans, et maintenir par un aide au devant du condyle interne, à l'abri des instrumens. Les deux ligamens latéraux ainsi que le tendon du muscle triceps brachial étant alors divisés, l'articulation se trouve ouverte et privée de soutien; de telle sorte qu'il est facile de luxer en arrière l'avant-bras, d'isoler et de réséquer l'extrémité de ses os, et de pratiquer ensuite la même opération sur l'humérus. Suivant ce procédé, on ménage le nerf cubital, on évite les lambeaux, et la plaie, qui ne présente qu'une simple incision transversale, peut être aisément réunie. On se trouve bien de couper dans ce cas le radius et le cubitus obliquement en avant et en bas, tandis que l'humérus est divisé d'arrière en avant et de bas en haut, afin que, placés dans la demi-flexion, ces os se correspondent, après l'opération, par de plus larges surfaces.

Enfin, dans les résections du coude, il importe de ménager autant que possible les attaches des muscles biceps et brachial antérieur. Ces organes servent, après la guérison, à soutenir l'avant-bras, à lui donner plus de force, et à le rendre par conséquent plus utile au malade.

Lorsque l'un des condyles de l'humérus est seul affecté de carie, le praticien peut enlever le mal en pratiquant une incision longitudinale sur la partie affectée. Une seconde incision, dirigée transversalement au milieu de la première, forme une plaie à lambeaux, à l'aide de laquelle on circonscrit le point carié, que l'on emporte ensuite, soit au moyen de la gouge et du maillet, soit, ce qui est préférable, avec la scie à main. Si la partie correspondante du radius et du cubitus est ulcérée, le chirurgien profite de l'ouverture qui résulte de la soustraction de l'extrémité inférieure de l'humérus, pour retrancher ce qui est malade, sans pratiquer de nouvelles incisions. On étend ainsi ou l'on borne les opérations suivant les progrès du mal, et en ajoutant ou en retranchant seulement quelques circonstances au même procédé opératoire. *Voyez* AMPUTATION, ARTHRITE, ARTHROCACE, CARIE, RÉSECTION.

HUMÉRO-SCAPULAIRE, adj., *humero-scapularis;* nom donné à l'articulation de l'humérus avec l'omoplate.

Cette articulation appartient au genre des arthrodies. Les parties osseuses qui la forment sont la tête de l'humérus et la cavité glénoïde de l'omoplate, revêtues toutes deux de cartilages, dont le milieu est beaucoup plus épais que la circonférence. Comme la cavité du scapulum est beaucoup moins grande que la tête de l'humérus, une portion de cette dernière se trouve toujours au dehors, touchant à la face interne du ligament capsulaire ou orbiculaire. Celui-ci, qui entoure l'articulation toute entière, est le seul lien qui assure le rapport mutuel des surfaces. Il embrasse d'une part le contour de la cavité glénoïde, de l'autre celui du col de l'os du bras, et se fait remarquer par sa grande laxité, qui permet aux surfaces de s'éloigner l'une de l'autre de plus d'un pouce. Il est entouré en haut par le ligament coraco-huméral et le muscle deltoïde; en dehors par les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, dont les tendons lui sont fortement unis; en bas par la longue portion du triceps; et en dedans par le tendon du sous-scapulaire, qui confond une partie de ses fibres avec les siennes. Un faisceau très-dense, connu sous le nom de ligament accessoire ou coraco-huméral, le fortifie : ce faisceau naît du bord externe de l'apophyse coracoïde, se dirige en avant et en dehors, et va s'attacher à la partie antérieure de la grosse tubérosité de l'humérus, en confondant ses fibres avec celles du tendon du muscle sous-épineux. L'étendue de

la cavité glénoïde est en outre augmentée par une sorte de bourrelet fibro-cartilagineux, fourni surtout par les fibres du tendon de la longue portion du muscle biceps, qui se bifurque au sommet de cette cavité, et l'embrasse dans l'écartement de ses deux branches. Une membrane synoviale tapisse tout l'intérieur de la capsule.

Les mouvemens que l'articulation huméro-scapulaire permet d'exécuter sont nombreux et variés. L'humérus peut effectivement se porter en avant, en arrière, et rouler sur son axe. Lorsqu'on lève le bras, la tête de cet os glisse de haut en bas sur la cavité glénoïde, sa partie inférieure en sort pour s'appuyer contre la partie correspondante de la capsule, qui se trouve tendue, et, de son côté, la grosse tubérosité s'enfonce sous la voûte formée par l'acromion, l'apophyse coracoïde et le ligament tendu entre ces deux éminences. Dans les mouvemens du bras en arrière, la tête glisse d'arrière en avant sur la cavité glénoïde, et sa partie antérieure, qui en sort, va s'appuyer contre la capsule et le tendon du muscle sous-scapulaire. Les mouvemens en bas et en avant s'exécutent par un mécanisme contraire à celui des précédens. Quant à ceux de la rotation, ils s'opèrent de telle sorte que l'humérus décrit des cônes dont le sommet se trouve dans l'articulation et la base en bas, glissant d'avant en arrière ou d'arrière en avant, suivant le sens dans lequel a lieu le mouvement circulaire. *Voyez* SCAPULO-HUMÉRAL.

HUMÉRUS, s. m.; mot latin, conservé en français, dont on se sert pour désigner le plus fort et le plus long des os du membre pectoral, celui qui constitue la charpente du bras proprement dit.

Cet os, situé entre l'omoplate et ceux de l'avant-bras, est cylindroïque et de forme irrégulière. On le divise en partie moyenne ou corps, et en extrémités, distinguées en supérieure et inférieure.

L'extrémité supérieure ou scapulaire, qui en forme la partie la plus volumineuse, est en général arrondie. Elle forme trois éminences, appelées l'une *tête*, et les deux autres *tubérosités*.

La tête, formant un peu moins de la moitié d'une sphère, est inclinée en dedans et en arrière, supportée par une partie moins grosse, à laquelle on donne le nom de *col*, et lisse à sa surface, qui s'articule avec la cavité glénoïde de l'omoplate. Le col lui-même est très-court, plus long et plus marqué en devant, en arrière et en dedans, qu'en dehors et en haut, garni, dans ce dernier sens, d'un enfoncement qui sépare la tête des tubérosités, et tellement oblique, que son axe forme, avec celui du corps de l'os, un angle fort obtus, dont la saillie se trouve dirigée du côté externe.

La grosse tubérosité, appelée *trochiter* par Chaussier, est située en dehors et un peu en avant. Elle présente une surface arrondie, sur laquelle sont gravées les empreintes auxquelles s'attachent les tendons des muscles sus-épineux, petit-rond et sous-épineux.

La petite tubérosité, que Chaussier nomme *trochin*, regarde en dedans et en avant. Un peu plus saillante que l'autre, elle est beaucoup moins large, mais également garnie de rugosités, qui servent à l'insertion du muscle sous-scapulaire.

Entre les deux tubérosités, règne une gouttière, ou coulisse, appelée bicipitale, qui les sépare l'une de l'autre. Cette gouttière, qui est un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, loge le tendon de la longue portion du muscle biceps.

Le corps de l'os s'étend depuis la base du col et les tubérosités, jusqu'au-dessus des condyles de l'extrémité inférieure. Presque cylindrique à sa partie supérieure, il devient en bas prismatique et triangulaire. On y remarque en dehors, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, l'empreinte deltoïdienne, à laquelle le muscle deltoïde prend son insertion, et, en dedans, le prolongement de la coulisse bicipitale, qui augmente de largeur à mesure qu'elle descend, et finit par disparaître tout à fait, donnant attache aux muscles grand dorsal et grand rond, par son bord postérieur. Le restant du corps est couvert par le coraco-brachial, le brachial antérieur et le triceps brachial.

L'extrémité inférieure ou antibrachiale, aplatie et recourbée d'arrière en avant, est surmontée de deux tubérosités, improprement appelées *condyles*, qu'on distingue en externe et interne, et entre lesquelles s'élève une éminence connue sous le nom de *petite tête*.

La tubérosité interne est tournée un peu en arrière, fort saillante et aplatie. Plusieurs muscles de l'avant-bras s'y attachent, ainsi que le ligament latéral interne de l'articulation *huméro-brachiale*.

La tubérosité externe, moins saillante que l'autre, descend plus bas qu'elle, et se trouve tournée un peu en avant. Aux rugosités qui en garnissent la surface, s'insèrent outre le ligament latéral externe de l'articulation, les muscles second radial, extenseur commun des doigts, extenseur propre du petit doigt, cubital externe, anconé et court supinateur.

Une surface articulaire se remarque entre ces deux tubérosités. Elle descend un peu plus bas qu'elles, et se trouve toujours tournée vers la partie antérieure de l'os. Parmi les éminences qui la garnissent, on en distingue, à sa partie externe, une, de forme arrondie, qui est la petite tête, que reçoit la

cavité creusée dans l'extrémité supérieure du radius, et au côté interne de laquelle existe un enfoncement destiné à loger la partie interne du bord arrondi de cette même cavité. Le reste de cette surface constitue une sorte de poulie oblique d'arrière en devant et de dehors en dedans, dont le bord externe est séparé par un enfoncement de l'interne, qui est beaucoup plus saillant, évasé, et terminé par une espèce de tranchant. On aperçoit, au-dessus de la partie postérieure de cette poulie, une cavité profonde et ovalaire, dans laquelle le sommet de l'olécrâne s'introduit lorsqu'on étend le bras, et au-dessous de sa partie antérieure, une petite cavité qui, dans la flexion de l'avant-bras, reçoit l'apophyse coronoïde du cubitus.

L'humérus est composé de substance compacte et de substance spongieuse. Il se développe par trois points d'ossification, dont un pour le corps, et un pour chacune des deux extrémités. Il s'articule en haut avec l'omoplate, en bas avec le radius et le cubitus.

Uni au tronc par une articulation orbiculaire, qui lui permet de céder facilement, dans tous les temps, à l'action du corps extérieur, l'humérus n'est que rarement fracturé par contre-coup, ou à la suite d'efforts qui tendent à rapprocher ses extrémités et à augmenter sa courbure. Presque toujours les solutions de continuité de cet os sont dues à des chocs directs, tels que des coups, des chutes sur un sol dur et inégal, le bras étant rapproché du tronc. Aussi, ces lésions sont elles moins souvent obliques que celles du fémur ; mais un froissement considérable, une contusion profonde, et quelquefois des plaies étendues aux parties molles, les compliquent habituellement. Les fractures de l'humérus peuvent avoir lieu au-dessus ou au-dessous de l'attache des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond. Dans le premier cas, on les nomme fractures du col, et dans le second, fractures du corps de l'humérus. Toutefois, comme il n'existe pas, à proprement parler, de col à l'os du bras, et que les fractures qui ont reçu le nom de cette partie n'ont presque jamais lieu dans le rétrécissement étroit et demi-circulaire qui le constitue, nous croyons plus convenable et plus méthodique de diviser les solutions de l'humérus en celles qui affectent : 1°. son corps, 2°. son extrémité inférieure, 3°. son extrémité supérieure. En haut, les attaches des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond; en bas, l'endroit où les muscles brachial antérieur et triceps brachial cessent de s'attacher à l'os du bras, tels sont les points qui limitent les trois régions indiquées. Des accidens particuliers, des signes propres, des moyens spéciaux de traitement, établissent des différences importantes entre les fractures, et justifient la division que nous avons adoptée.

Les phénomènes qui accompagnent la solution de continuité du corps de l'humérus, varient suivant que cette lésion a lieu au-dessus ou au-dessous de l'attache inférieure du muscle deltoïde. Dans le premier cas, le fragment supérieur est porté en dedans par les muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral, en même temps que le fragment inférieur est dirigé en dehors par le deltoïde. Dans le second cas, ce dernier muscle, étant attaché plus loin que les autres de l'articulation, porte le fragment supérieur en dehors, tandis que l'inférieur est incliné en sens contraire. Lorsque la fracture a lieu dans la partie de l'os à laquelle s'attachent les muscles brachial antérieur et triceps brachial, les fibres charnues, embrassant les deux fragmens, s'opposent à ce qu'ils éprouvent des déplacemens considérables.

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui surviennent à quelque distance au-dessus des tubérosités, peuvent présenter des déviations d'avant en arrière ou d'un côté à l'autre, suivant que la cause de la lésion a porté les fragmens dans l'une ou l'autre de ces directions. Mais, lorsque la solution de continuité s'opère immédiatement au-dessus des condyles, dans la partie la plus large de l'os, les surfaces sont trop étendues transversalement pour permettre aucun déplacement dans ce sens; on observe seulement que le fragment inférieur éprouve, chez beaucoup de sujets, un mouvement de bascule dirigeant sa partie supérieure en avant, tandis que l'autre, qui supporte l'articulation, fait saillie en arrière. Dans certains cas, les fractures de la partie inférieure de l'humérus pénètrent dans l'articulation, et à la solution de continuité transversale, se joint une division perpendiculaire qui sépare le fragment inférieur en deux parties latérales. D'autres fois la fracture est oblique, et l'un des condyles est seul détaché du reste de l'os. La maladie est presque constamment alors compliquée du déplacement des os de l'avant-bras, qui écartent les condyles, et se dirigent du côté où ils éprouvent le moins de résistance.

Les fractures de l'extrémité supérieure peuvent exister au-dessous des tubérosités, au milieu de ces éminences, ou dans les rainures qui constituent le col huméral : ces dernières sont les plus rares; les premières, au contraire, sont les plus fréquentes. Dans celles-ci, le fragment inférieur est porté en dedans par les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, tandis que le fragment supérieur est souvent tourné en dehors par les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, qui ont conservé sur lui leurs attaches. Quelle que soit l'étendue de ce déplacement, il n'est presque jamais porté assez loin pour que les surfaces de la fracture cessent entière-

ment de se correspondre ; si la cause de la lésion imprimait au fragment inférieur un mouvement susceptible de produire ce résultat, ou si la solution de continnité était très-oblique, on verrait bientôt cette partie de l'os, devenue libre, remonter plus ou moins haut, dans le creux de l'aisselle, par l'action combinée des muscles biceps, coraco-brachial, deltoïde et triceps, qui, de l'épaule, se portent au-dessous du point fracturé. Delpech a vu une fracture oblique diviser l'humérus, entre les attaches des muscles pectoral, grand dorsal et grand rond, de telle manière que l'un des fragmens était porté en avant, et l'autre en arrière : il fut impossible de maintenir les parties rapprochées, et la contraction n'eut pas lieu. Les fractures situées dans l'épaisseur des tubérosités ne sont accompagnées de presqu'aucun déplacement, les muscles qui s'attachent dans deux portions de l'os retenant en contact les pièces fracturées. Il en est à peu près de même des solutions de continuité placées dans la rainure qui sépare la tête des tubérosités de l'humérus; car le fragment inférieur est alors tenu dans une sorte d'équilibre entre tous les muscles qui entourent sa partie supérieure.

Les signes des fractures du corps de l'humérus sont faciles à reconnaître, à raison du peu d'épaisseur des parties molles qui recouvrent cet os. Aux causes et à la nature de l'accident qui a produit la lésion, se joignent, comme autant de symptômes de la fracture, la difformité du membre, la mobilité des fragmens et la crépitation. Si, saisissant le bras au-dessous et au-dessus du lieu présumé de la division, on imprime à ses deux parties des mouvemens opposés d'avant en arrière, ou, si l'on essaie de fléchir le membre dans sa continuité, la facilité avec laquelle on y réussit, et la crépitation que l'on détermine, ne sauraient laisser de doute sur la nature de la maladie; le membre, abandonné à lui-même, reste, en quelque sorte, flottant, et obéit à la plus légère impression. Le bras est rarement raccourci, parce que le déplacement suivant l'épaisseur de l'os ne va pas, chez le plus grand nombre des sujets, jusqu'à détruire entièrement le contact des surfaces, lorsque la fracture est transversale, et que, dans la fracture oblique, la pesanteur de l'avant-bras oppose presque toujours à l'action musculaire un obstacle assez puissant pour empêcher le fragment inférieur de remonter beaucoup du côté de l'aisselle.

Les solutions de continuité de la partie inférieure de l'humérus ont été plusieurs fois confondues avec les luxations de l'articulation huméro-cubitale. Cette méprise est spécialement due à ce que le déplacement du fragment inférieur en avant détermine la saillie de l'olécrâne en arrière, et donne au coude

un aspect presque semblable à celui qu'il présente à la suite des luxations. Il est, en outre, d'autant plus facile au praticien de se tromper alors, que le gonflement inséparable de pareilles lésions est déjà plus volumineux, et que la douleur rend plus difficile l'exacte exploration des parties. Cependant la fracture peut aisément être distinguée à la facilité avec laquelle on étend et l'on fléchit l'avant-bras; car ce membre est toujours fixé immobile dans la demi-flexion, lorsque les os qui le forment sont portés derrière la surface articulaire de l'humérus, sans que les muscles brachial antérieur et triceps soient déchirés. La promptitude avec laquelle on rend au bras et à l'articulation leur forme et leur direction, à l'aide d'extensions modérées, et la facilité non moins grande avec laquelle ces parties reprennent leur situation vicieuse, lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, sont autant de phénomènes qui achèvent de caractériser la fracture. Dans les cas les plus difficiles, chez les sujets dont les deux condyles ou seulement une de ces éminences sont séparés du reste de l'os, et où une véritable luxation accompagne la solution de continuité, les mêmes signes servent à faire connaître au praticien attentif que le déplacement n'existe pas seul, et qu'il est, au contraire, compliqué ou même produit par une fracture de l'humérus.

Le diagnostic est enveloppé de plus d'obscurités encore, s'il est possible, dans quelques solutions de continuité de la partie supérieure de l'os du bras. Lorsqu'elles ont lieu à la base des tubérosités, le fragment inférieur, saillant dans le creux de l'aisselle, le coude écarté de la poitrine, un enfoncement manifeste sous l'apophyse acromion, l'impossibilité où est le malade de mouvoir le bras, tandis que les mouvemens communiqués par le chirurgien sont très-douloureux, tels sont les principaux phénomènes qui peuvent faire croire à l'existence d'une luxation. Cependant, en apportant une exactitude scrupuleuse à l'examen du membre, on s'aperçoit que la dépression sous-acromiale est située plus bas que dans le déplacement de l'humérus, et que la cavité glénoïde est manifestement occupée par la tête de l'os. L'extrémité supérieure du fragment inférieur de cet os ne présente pas, au creux de l'aisselle, une tumeur aussi régulière, aussi volumineuse et située aussi haut que la tête humérale, lorsqu'elle est sortie de sa cavité. En faisant mouvoir la partie inférieure du bras, on n'éprouve pas de grands obstacles, et l'épaule ainsi que la tête de l'humérus restent immmobiles pendant qu'on les exécute, ce qui n'aurait pas lieu s'il existait une luxation. Une crépitation manifeste ou des frottemens rudes, tels qu'ils résultent du mouvement de deux corps inégaux l'un avec l'autre, accompagnent tous ces essais. Enfin, des extensions mé-

diocres suffisent pour faire disparaître la difformité, qui se reproduit aussitôt que le bras est abandonné à lui-même, et cette circonstance exclut toujours l'idée d'un dérangement dans les rapports des surfaces articulaires.

Lorsque la fracture, située fort haut, soit dans l'épaisseur des tubérosités, soit entre une éminence et la tête de l'humérus, n'est accompagnée d'aucun déplacement appréciable, il est possible d'acquérir des présomptions sur son existence; mais on ne saurait avoir la preuve qu'elle a eu lieu, jusqu'à ce que des dérangemens surviennent dans les fragmens, ou que l'on puisse développer entre eux une crépitation sensible.

Le pronostic des fractures de l'humérus varie suivant les régions qu'elles occupent et suivant la gravité des désordres qui les accompagnent. Les solutions de continuité simples du corps de l'os, faciles à reconnaître et à contenir, ne constituent jamais des lésions très-graves. Celles de l'extrémité cubitale de l'humérus opposent au traitement des obstacles d'autant plus grands, qu'elles sont plus rapprochées de la jointure. Presque toujours une raideur plus ou moins considérable de cette partie leur succède. L'ankylose imparfaite est en quelque sorte inévitable, toutes les fois que la solution de continuité pénètre dans l'articulation, et une difformité plus ou moins grave en est assez souvent la suite. L'expérience des chirurgiens modernes n'a pas confirmé les pronostics alarmans que Paré, Petit, Heister et Duverney avaient portés sur cette maladie; on a même vu la guérison surveuir sans accidens très-graves, dans quelques occasions où les fragmens avaient percé la peau, et où l'articulation était ouverte.

Les fractures de la partie supérieure de l'humérus, lorsqu'elles ont lieu au-dessous des tubérosités, se remettent aussi facilement que celles du corps de l'os; mais elles sont fort difficiles à contenir, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que l'on en obtient la guérison sans difformité. Les solutions de continuité qui ont lieu dans la rainure placée entre les tubérosités humérales et la tête de l'os, laissent celle-ci flottante dans la capsule articulaire, et sans communication avec les autres parties du corps. Aussi ne participe-t-elle en aucune manière au travail de la consolidation, et quand la réunion s'est opérée, on a constaté que des productions osseuses nouvelles et irrégulières s'étant élevées du fragment inférieur, avaient recouvert et pour ainsi dire enseveli dans leur développement la tête humérale toute entière. Une difformité considérable et une gêne très-grande dans les mouvemens du bras ont été la suite de ces guérisons imparfaites, dont Boyer, Delpech et quelques autres ont observé des exemples. D'autres fois, ainsi que l'ont également constaté

ces deux observateurs, le fragment inférieur a usé, détruit la tête humérale, et l'a réduite à une sorte de calotte osseuse, concave en bas, lisse et convexe en haut, et qui semblait former une pièce intra-articulaire. Le raccourcissement, la faiblesse, la difficulté dans les mouvemens du bras, sont les résultats constans de cette fâcheuse terminaison de la maladie. Il n'est pas très-rare, ainsi que le fait observer Desault, de voir la fracture, à la partie supérieure de l'os du bras, compliquée du broiement d'une portion du deltoïde, de la déchirure des artères circonflexes, et de la désorganisation du nerf du même nom, accidens qui donnent lieu à des inflammations vives, à des abcès profonds, à des tumeurs sanguines considérables, ou à des paralysies du muscle élévateur du bras.

Afin de réduire les fractures de l'humérus, il faut toujours que le malade soit assis sur une chaise solide, ou mieux encore sur un tabouret; un bandage roulé doit recouvrir d'abord la main et l'avant-bras, et s'arrêter au-dessus du coude. Le GANTELET, par lequel certaines personnes commencent ce bandage, est inutile : il suffit de placer dans la paume de la main une pelotte de charpie ou de linge, et d'envelopper par quelques circonvolutions les doigts fléchis sur elle. Cette partie du bandage étant appliquée, un aide saisit l'avant-bras, le fléchit médiocrement sur le bras, et, s'en servant comme d'un levier du second genre, il opère l'extension, en tirant d'une main sur la partie supérieure, tandis que l'autre soutient le poignet. La contre-extension est opérée au moyen d'un second aide qui maintient l'épaule, ou qui, dans les cas plus difficiles, tels que ceux de fracture à la partie supérieure de l'os, agit sur le bras opposé étendu et éloigné du tronc à angle droit. Ce procédé, conseillé par Desault, a le triple avantage de placer les efforts de réduction le plus loin possible de la résistance, de mettre dans un relâchement complet tous les muscles qui entourent la fracture, et enfin de laisser les parties tellement libres, que le praticien peut appliquer les appareils sans déranger les aides qui contiennent les fragmens en rapport. Le chirurgien, placé au côté externe du membre, voit la coaptation s'opérer presque seule, et sans qu'il y ait besoin de l'exécuter avec violence. Il reconnaît que la fracture est exactement réduite, à ce que le membre a repris sa forme, sa rectitude, et à ce que le condyle externe de l'humérus correspond directement à la partie la plus saillante de l'épaule.

Ces principes s'appliquent à toutes les fractures de l'humérus; mais le bandage que l'on applique ensuite, afin de maintenir les parties en contact, doit éprouver des modifications suivant les régions qui sont le siége de la maladie.

Dans les solutions de continuité du corps de l'os, le bandage roulé, arrêté d'abord au coude, doit être continué de bas en haut jusqu'à l'épaule. Il convient, d'une part, de ne serrer que médiocrement cette partie de l'appareil, de l'autre, de faire trois ou quatre tours de circulaires sur l'endroit de la fracture. Quatre attelles solides, d'une longueur proportionnée aux diverses régions du bras, sont alors placées aux extrémités des diamètres antéro-postérieur et latéral de ce membre. Cette sorte de boîte étant soutenue par un aide, on la fixe solidement au moyen de doloirs continués de haut en bas, si la bande qui recouvre immédiatement le bras est assez longue pour les exécuter, ou dirigés de bas en haut, si l'on est obligé de se servir d'une bande nouvelle. Une écharpe, faite avec une serviette nouée sur l'épaule du côté sain, sert à soutenir l'avant-bras dans la demi-flexion. Enfin quelques tours de bande, dont les uns sont dirigés dans le même sens que l'écharpe, et embrassent le coude, tandis que les autres enveloppent à la fois de leurs doloirs le bras, le reste de l'appareil et le tronc lui-même, assujétissent toutes ces parties, et préviennent jusqu'à la possibilité des déplacemens dont la fracture pourrait être le siége.

Comme il est fort difficile, dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, surtout lorsque les condyles sont séparés l'un de l'autre, et que le déplacement des os de l'avant-bras complique la maladie principale, comme il est, disons-nous, fort difficile alors de prévenir le déplacement du fragment cubital de la fracture, Boyer conseille, après que le bandage roulé a été immédiatement appliqué sur le bras, de placer en avant et en arrière de ce membre deux attelles épaisses, larges et solides, de carton mouillé. Ces attelles, destinées à embrasser l'avant-bras et le bras, doivent être fendues sur leurs bords, au niveau du coude, afin de recouvrir exactement les parties voisines de cette articulation. Une seconde bande, recouvrant tout le membre thoracique, ou des doloirs dirigés de bas en haut, servent à maintenir cette espèce de boîte. L'écharpe, ainsi que la bande destinée à fixer le bras le long du thorax, complètent l'appareil. Ce bandage, qui convient spécialement aux cas où les attelles ordinaires ne sauraient avoir d'action sur le fragment inférieur de l'humérus, est en même temps simple et solide : le carton mouillé forme bientôt, en se desséchant, un moule dans lequel est reçue la portion fracturée, qui se trouve ainsi comprimée de toutes parts, et préservée des chocs extérieurs. Cependant, lorsque la maladie exige l'emploi de fomentations, ou l'application de topiques liquides qui ramolliraient le carton et lui feraient perdre toute sa consistance, il est nécessaire de re-

courir aux attelles en bois, dont on fait descendre les postérieures et les latérales au-dessous du coude, afin d'embrasser et de comprimer cette partie avec la plus grande exactitude.

Les solutions de continuité de la partie supérieure de l'humérus ont fixé l'attention des chirurgiens les plus célèbres, à raison de la difficulté que l'on éprouve souvent à les contenir avec exactitude. Les anciens employaient pour les réduire les procédés barbares dont ils faisaient usage afin de replacer la tête de l'humérus, lorsqu'elle était sortie de sa cavité. Celse, Paul d'Égine, Paré, Ledran avaient senti combien il est utile de fixer le bras au tronc pendant toute la durée du traitement que ces lésions exigent. Mais il était réservé à Desault de perfectionner les appareils presque complétement oubliés de ces grands praticiens. L'étoupade de Moscati, qui consistait en des étoupes trempées dans du blanc d'œuf, avec lesquelles ce chirurgien formait une sorte de matelas autour de la partie supérieure de l'humérus, avait le grave inconvénient de devenir trop large après la cessation du gonflement des parties. Le moule solide que ces étoupes desséchées formaient sur la partie, ne pouvait être d'ailleurs que très-difficilement divisé et levé pour examiner l'état de la fracture. Enfin, ce procédé ne combattait efficacement aucune des causes qui tendent à reproduire le déplacement; aussi est-il aujourd'hui complétement abandonné.

Le bandage roulé dont nous avons déjà parlé, étant continué sur le bras et jusqu'à l'épaule, qu'il doit embrasser, au moyen de renversés convenablement disposés, on épuise la première bande par quelques jets qui, du bras malade, vont passer sous l'aisselle du côté sain. On place ensuite, en arrière, en dehors et en avant du bras, trois attelles, dont la seconde surtout doit remonter jusqu'au-dessus de l'acromion. Une seconde bande fixe ces pièces d'appareil autour du bras, au moyen de doloirs prolongés très-haut, et terminés par quelques jets autour de la base du thorax. Le coussin dont on fait usage dans la fracture de la clavicule, est alors porté sous l'aisselle, la grosse extrémité dirigée en haut, et le bras étant appliqué sur lui, on entoure le membre et le thorax de doloirs fixés entre eux par des points d'aiguille, et dirigés de bas en haut. Quelques jets de bande, obliquement placés entre l'épaule du côté sain et le coude correspondant à l'humérus fracturé, ainsi qu'une écharpe ordinaire, complètent l'appareil.

Il est facile de sentir que ce bandage ne convient que dans les cas où le fragment inférieur de l'humérus est porté en dedans. Si aucun déplacement sensible n'existait, un coussin d'une égale épaisseur dans toute son étendue devrait être ap-

pliqué. Enfin, dans les cas assez fréquens où le fragment inférieur est dirigé en dehors par le deltoïde, et le supérieur en dedans par les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, il convient de placer le coussin de telle sorte, que sa grosse extrémité, dirigée en bas, écarte le coude du tronc, et porte en haut la portion cubitale de la fracture, à la rencontre de la portion scapulaire.

Le traitement consécutif des fractures de l'humérus consiste à prévenir et à combattre les accidens inflammatoires qui tendent constamment à se développer. Ces accidens, d'autant plus considérables que le désordre, porté à un plus haut degré, est plus voisin des articulations, exige l'emploi des saignées générales et locales; des lotions continuelles faites sur l'appareil, avec quelque liqueur à la fois calmante et résolutive, une diète rigoureuse, et tout l'appareil des moyens antiphlogistiques les plus puissans, doivent être mis en usage. Le praticien doit se rappeler alors qu'une exacte réduction est le premier des remèdes à opposer à l'irritation et au gonflement inflammatoire local : il devra donc y procéder toutes les fois que ce gonflement et la douleur qui l'accompagne n'auront pas acquis une extrême violence. L'appareil doit être renouvelé d'abord tous les sept ou huit jours, jusqu'au vingtième, et ensuite plus rarement, à moins que le relâchement des bandes ne rende les pansemens plus souvent nécessaires. Du quarantième au cinquantième, on pourra supprimer le bandage, et lui substituer une simple bande roulée. A la suite des fractures du col de l'humérus, il faut accorder plus de temps à la consolidation, et ce n'est qu'après deux mois révolus qu'il est permis d'abandonner l'usage des attelles. Mais bien avant cette époque, lorsqu'aucun accident ne se manifeste, on permet ordinairement au malade de se lever, le bras étant soutenu par l'écharpe. Quelques personnes ont même cru que cet exercice est utile au rétablissement; mais nous verrons bientôt qu'il est la cause la plus active des articulations anormales dont l'humérus est plus souvent affecté qu'aucun des os du corps. Si donc on redoute la non consolidation de la fracture, il faut prolonger jusqu'au trente-cinquième ou au quarantième jour la situation horizontale du malade; il n'est pas très-prudent de laisser les autres sujets se lever avant la fin du premier mois. C'est à cette époque aussi que, le cal provisoire acquérant de la solidité, on peut commencer à faire exécuter au coude quelques mouvemens destinés à prévenir la raideur dont il est si facilement atteint à la suite des fractures qui l'avoisinent.

Les fractures comminutives de l'humérus exigent des précautions plus grandes, un traitement plus long, et une immo-

bilité d'autant plus prolongée du membre, que la suppuration et la déperdition de substance ont été plus considérables. Des incisions étant faites, les corps étrangers et les esquilles détachées de l'os étant extraits, le membre sera placé dans un bandage de Scultet tellement disposé qu'il soit facile de panser le malade en soulevant seulement les bandelettes qui correspondent à la plaie, et qui, pour cela, doivent être placées sous les attelles. Celles-ci, réduites au nombre de deux, et disposées sur les points du membre opposés aux plaies, afin que le pus ne les baigne pas, n'opposeront aucun obstacle aux pansemens, qu'il convient de renouveler aussi souvent que l'exige l'abondance de la suppuration. Le bras malade, placé à côté du tronc, et à demi fléchi sur un coussin de balle d'avoine, sera maintenu dans l'appareil jusqu'à ce que le cal ait acquis une grande solidité, ce qui n'a lieu ordinairement que quelque temps après la cicatrisation complète des solutions de continuité extérieures.

A quelles causes faut-il attribuer les *articulations anormales* qui sont si fréquentes à la suite des fractures de l'humérus? Cet os ne diffère évidemment pas des autres os du corps; sa situation et les appareils que l'on emploie pour contenir ses divisions ne favorisent en aucune manière un résultat aussi grave. Il faut donc aller chercher ailleurs la cause de cet accident. Or, nous pensons, ainsi que nous l'avons déjà dit précédemment, qu'il est déterminé par l'usage, depuis long-temps enraciné parmi les praticiens, de laisser trop tôt le malade se lever et marcher. Dans la station, en effet, quelle que soit l'exactitude avec laquelle est appliqué l'appareil, le coude descend, l'avant-bras tire sur le fragment inférieur, et tend avec d'autant plus de force à l'éloigner de la partie supérieure de l'os, que les muscles, affaiblis par la compression, ne s'opposent presque pas à cette action extensive. Il faut observer aussi que le coude n'est immédiatement soutenu que par quelques tours de bande, très-obliques et très-peu solides; l'avant-bras tend avec d'autant plus de force à étendre le bras, que, fléchi à angle obtus, et reposant sur le plan incliné que lui fournit l'écharpe, il est incessamment porté à glisser en bas, du côté de la main. La plus simple expérience démontre que l'avant-bras n'est complétement supporté par l'écharpe, et ne fatigue pas le bras, qu'autant que, fléchi à angle droit, et reposant dans toute son étendue, il ne tend pas à descendre plus bas que ne le comporte la longueur de l'humérus. Ajoutons à l'extension inévitablement exercée, pendant la station, sur les tissus qui doivent former le cal provisoire, les secousses brusques et saccadées qui accompagnent toujours la marche, et qui, malgré les appareils les mieux construits, retentissent

constamment dans l'endroit de la fracture, et la cause de la non consolidation fréquente de celle-ci n'offrira plus d'obscurité. Il est démontré que le moyen le plus sûr d'empêcher l'organisation du cal provisoire, et, par suite, la formation du cal définitif, consiste à allonger et à mouvoir souvent les membres fracturés. Il est vrai que, chez la plupart des sujets, la nature surmonte ces difficultés; mais elles triomphent chez beaucoup d'autres, et la prudence exige que, dans tous les cas, les praticiens accordent, moins promptement qu'on ne le fait presque toujours, au malade la permission de quitter le lit et de marcher. *Voyez* CAL et FRACTURE.

Au reste, ces articulations anormales réclament, lorsque l'humérus en est le siége, le même traitement que quand elles affectent d'autres os. Si l'on veut pratiquer la résection du fragment, c'est en dehors, entre les bords externes des muscles triceps brachial et brachial antérieur, qu'il faut pratiquer les incisions, et faire sortir les bouts fracturés. Le séton, si l'on fait usage de ce moyen, doit être dirigé de la partie antérieure et externe au côté postérieur et interne du bras. Des incisions longitudinales, pénétrant jusqu'à l'os, doivent être d'abord pratiquées, afin d'éviter la lésion de quelque partie importante par l'aiguille. *Voyez* ARTICULATION ANORMALE.

Les *exostoses* et les *caries* de l'humérus ne doivent être l'objet d'aucune considération spéciale. On se rappelle seulement qu'une tumeur osseuse, développée dans le deltoïde, a pu être emportée, au moyen d'une scie à main, conduite sur la base, à travers deux incisions faites en avant et en arrière de la partie supérieure du bras. Si l'on devait extraire quelque séquestre contenu dans l'humérus, c'est, de préférence, par son côté externe qu'il faudrait attaquer cet os.

HUMEUR, s. f., *humor*. Les physiologistes désignent sous ce nom collectif, tous les fluides qui entrent dans la composition des corps organisés en général, du corps de l'homme en particulier.

Il n'est pas vrai, comme on l'a dit, et comme on le répète encore tous les jours, qu'on doive mettre au nombre des attributs exclusifs des corps organisés, celui d'être formés par une réunion de parties solides et de parties fluides, et que ce caractère établisse une démarcation absolue entre eux et les corps inorganisés; car, outre que les fluides impondérés jouent un rôle éminent dans tous les phénomènes de la nature, dont ils pénètrent et modifient diversement tous les corps sans exception, les liquides font partie intégrante nécessaire de certains corps inorganiques, puisque, pour nous borner à un seul exemple, la plupart des cristaux ne sauraient exister sans eux.

Le nombre des fluides ou humeurs appartenant aux corps

doués de la vie, est très-considérable, car leur diversité est relative au mode et à l'exercice de la nutrition, qui varient beaucoup chez les êtres qu'on désigne sous ce nom. Nous devons nous borner ici à les considérer dans l'homme.

On a imaginé plusieurs classifications pour les humeurs du corps de l'homme en santé. Les anciens n'en admettaient que quatre : le sang, la bile, la pituite et l'atrabile, sur lesquelles se fonda peu à peu la doctrine de l'humorisme, qui a exercé une si longue et si désastreuse influence en médecine. Les humeurs furent ensuite classées, par les uns, d'après leurs qualités chimiques, les autres, d'après le rôle qu'elles jouent dans l'économie. Toutes ces classifications, qui reposaient ou sur des données incomplètes, ou même sur des suppositions gratuites, sont abandonnées aujourd'hui, et ne méritent pas d'être tirées de l'oubli. On adopte assez généralement chez nous celle de Chaussier, qui, sans être parfaite, a du moins l'avantage d'être la plus rationnelle et la plus physiologique.

Chaussier partage les humeurs de l'homme en trois classes, fondées sur l'ordre dans lequel elles dérivent les unes des autres, sur leur manière d'être dans l'économie, et sur le genre d'appareil organique qui les produit.

La première classe renferme celles qui sont produites par l'action des organes sur les alimens, et qui doivent, en effet, être mentionnées les premières, puisque toutes les autres en dérivent. Le CHYLE seul appartient à cette catégorie, et c'est par abus de raisonnement qu'on y a placé le chyme, qui n'est point un fluide, et qui ne fait pas partie intégrante du corps.

A la seconde classe se rapportent les humeurs circulantes, auxquelles aboutissent les précédentes, et qui sont animées d'un mouvement de circulation, au moyen duquel elles se rendent, soit des parties du corps où elles se forment vers le cœur, soit du cœur vers les parties qu'elles doivent nourir. Ce sont la LYMPHE et le SANG, tant artériel que veineux.

La troisième classe enfin comprend celles qui, tirées du sang artériel par divers organes, remplissent des usages très-divers dans le corps, où tantôt elles servent à effectuer la décomposition, tantôt elles cèdent aux actions par lesquelles sont produites les précédentes, opèrent la génération, ou assurent l'intégrité de quelque partie. Suivant la nature de l'agent qui les produit, on les subdivise en trois ordres : 1°. les humeurs exhalées ou perspirées, telles que celles des membranes séreuses, le péritoine, la tunique vaginale, la plèvre et l'arachnoïde, la synovie, l'humeur séreuse du tissu cellulaire, la graisse, le suc médullaire, l'humeur du tissu de Malpighi, le pigment de l'iris et de l'uvée, la lymphe de Cotugno, l'hu-

meur des ganglions lymphatiques et glandiformes, l'humeur perspiratoire que certains physiologistes admettent dans l'appareil des vaisseaux lymphatiques et sanguins, la liqueur amniotique, celle du chorion, celle de la vésicule ombilicale, la transpiration insensible, la sueur, enfin, les humeurs perspiratoires des appareils digestif, respiratoire, urinaire et génital; 2°. les humeurs folliculaires, sécrétées par les follicules, comme l'humeur sébacée, le cérumen, la chassie, l'humeur de la caroncule lacrymale, les divers mucus, etc.; 3°. les humeurs glandulaires, ou fabriquées par les glandes, savoir, les larmes, le lait, la salive, le suc pancréatique, la bile, l'urine et le sperme.

Les humeurs sont-elles susceptibles de modifications que l'on doive mettre au nombre des conditions morbides ou morbifiques du corps vivant? et, si ces modifications ont lieu, sont-elles susceptibles de fournir des indications uniquement ou directement relatives aux humeurs?

La solution affirmative de ces deux questions établirait la pathologie sur des bases inébranlables, mais il s'en faut que l'on puisse la donner.

En admettant la possibilité de ces modifications, remarquons d'abord qu'elles ne peuvent avoir lieu que dans les propriétés physiques, chimiques ou vitales des humeurs. Or, que savons-nous des variations de pesanteur, de densité, de volume, de masse, de quantité de ces liquides. Comment affirmer que telle personne a plus de sang que telle autre, que le sang de celle-ci est plus rouge, plus pesant que le sang de celle-là, puisque nous ne connaissons pas l'état normal du sang, par exemple, dans une seule personne, puisque cet état varie selon le jour et l'heure, au moins si on en juge par les habitudes de la vie et l'état du pouls? La saignée fournit quelques données sur la couleur, mais elle nous montre combien cette couleur varie d'un moment à l'autre, ainsi que la consistance du liquide. Ce sang, déposé dans une palette, immobile sur un corps inanimé, non plus agité par de puissans organes, ce sang, qui n'est plus rien, qui ne reçoit plus rien, en quoi ressemble t-il, en quoi diffère-t-il de celui qui circule encore dans les vaisseaux d'où on l'a tiré? et nous voulons savoir ce qui a lieu dans le sang d'un sujet dont pas un seul vaisseau n'est ouvert! Tout varie dans les corps vivans, sans toutefois dépasser certaines limites; mais nous ignorons quelles sont ces limites, et nous voulons connaître les oscillations qui ont lieu de l'une à l'autre! On répète que le sang est tantôt liquide et pâle, rouge et épais, dissous ou se coagulant facilement; mais sait-on quand cela a lieu? qui a vu, touché et pesé du sang dans les vaisseaux? Dira-t-on que le sang varie dans sa com-

position ; c'est ce qu'on peut admettre, sans en être certain, car les alimens varient, l'action de l'estomac n'est pas toujours la même, celle des agens de l'absorption du chyle peut aussi varier, quoiqu'on n'en sache positivement rien. Mais en quoi cousiste cette variation, ou plutôt cette foule immense de variations? on l'ignore. Le sang veineux varie sans doute dans chaque veinule, mais qui sait en quoi consistent ces variations présumées, puisque nous savons à peine en quoi ce sang diffère du sang artériel? Quelques particularités chimiques, sur l'état du sang artériel, du sang veineux, de la lymphe et du chyle, ont été établies d'après un trop petit nombre de faits pour qu'on puisse en conclure quoi que ce soit. Les modifications physiques et chimiques des humeurs sont donc seulement possibles, probables, si l'on veut, mais nullement prouvées. En vain on citerait l'exemple des larmes qui, dit-on, sont plus salées dans l'ophthalmie que dans tout autre cas, au point qu'elles corrodent la peau de la joue sur laquelle elles coulent, l'âcreté du mucus nasal, la chaleur brûlante que cause parfois la sortie des matières fécales dans la diarrhée, la dysenterie. Est-ce bien la petite quantité de soude contenue dans quelques larmes qui excorie la peau? Il serait donc bien aisé de s'ulcérer tout le visage en se le lavant avec de l'eau de mer, ou une solution d'hydrochlorate de soude; on peut en dire autant du mucus nasal; ce mucus n'est jamais sensiblement salé, quoi qu'on en dise; ou, s'il ne l'est pas au point de l'être pour la langue, comment pourra-t-il être irritant pour la peau qui recouvre la lèvre supérieure. Quant à l'ardeur du rectum, elle dépend non de l'âcreté des matières, mais de l'irritation ou seulement de la plus grande sensibilité de la membrane interne de cet intestin. La sueur des aisselles et des pieds est plus fétide en certains temps que dans d'autres, mais on ne voit pas que pour cela elle soit plus irritante. L'aisselle est quelquefois excoriée sans cause apparente; on en accuse alors l'âcreté de la transpiration, mais cette âcreté est une supposition, l'excoriation est seule un fait, ainsi que l'irritation; avant l'excoriation il y a eu d'abord démangeaison, puis prurit douloureux; la sueur n'était pas abondante, la peau s'excorie, la sueur devient plus abondante; cette surabondance est un effet et non une cause. Quelle preuve avons-nous que l'urine acquierre jamais des qualités irritantes? et le sperme! qu'en dirons-nous? Certes, si des modifications notables devaient avoir lieu, ne devrait-ce pas être dans un liquide qui porte la vie, s'il est permis de s'exprimer ainsi? Ces modifications ont peut-être lieu, elles ne sont pas hors du cercle des possibilités, parce que ce cercle est incommensurable, mais est-ce sur des peut-

être qu'on doit établir une doctrine et grouper des faits pour arriver à des principes qui conduisent ensuite dans la voie difficile de la pratique? Enfin nous ne savons presque rien sur l'état normal des humeurs, et nous voudrions savoir si cet état normal est susceptible de dérangemens! N'est-ce pas chercher les variations de l'inconnu?

Si, à l'exemple de Bordeu, on prétend que la physique ni la chimie ne sauraient résoudre ce problème, mais qu'on ne peut se dispenser de reconnaître, dans les humeurs, des modifications toutes vitales, ou qui s'accomplissent sous l'empire de la vie, disons que cette idée est ingénieuse, qu'elle séduit, et même, si l'on veut, qu'elle offre un grand degré de probabilité, mais encore faut-il s'entendre. Qu'est-ce qu'une modification vitale? est-ce une modification dans cette condition secrète qui fait que le corps se montre à nous sous forme de matière organique agissante? Cette modification est purement rationnelle, il est indifférent de l'admettre ou de la rejeter, car, si on s'en tenait à de pareilles notions, jusqu'où irait-on? on ne sortirait pas du raisonnement pur; or, il s'agit de principes d'un usage journalier. Cette modification aura-t-elle lieu dans les humeurs, comme matière organique? Déjà nous avons admis que le chyle, le sang, peuvent varier selon le régime, que le sang veineux varie partout; mais il ne nous paraît pas moins clair que ces modifications nous sont inconnues. Irons-nous chercher cette modification dans les humeurs comme agissantes? La réponse que nous venons de faire à la question précédente convient à celle-ci; mais encore une fois, que savons-nous de positif là-dessus? Et d'abord, les modifications de structure des humeurs, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ne proviennent pas uniquement de la nature des alimens, elles doivent être subordonnées à l'action des organes, puisque ce sont les organes qui font les humeurs avec les matériaux qui leur sont confiés; l'action des humeurs sur les organes est donc dépendante de l'action de ceux-ci sur elles, sinon des mêmes, au moins d'autres organes du même corps. Ainsi donc, en admettant que la *crâse* des humeurs varie, ainsi que leur *action*, il faut reconnaître que ces variations ont lieu sous la tutelle des organes. Ceci est évident des humeurs sécrétées, exhalées, et n'est pas moins certain du sang veineux, du chyle, de la lymphe et du sang artériel. Il n'est pas une humeur qui ne soit le produit d'un ou de plusieurs organes. A quels signes reconnaître ces modifications de composition dans des humeurs hors de la portée de nos sens, si ce n'est quand elles sont entraînées hors des parties où seulement elles sont *elles*? Par leur influence sur la nutrition, dira-t-on, par leur action sur les solides, dira-t-on encore. Mais puis-

qu'il est reconnu que ces modifications sont dues à la nature des alimens et autres modifications, ainsi qu'à l'action des organes élaboratoires des humeurs, pourquoi ne pas se borner à constater et la nature des alimens, et celle des autres modifications, et ce que nous savons de l'action des organes élaborateurs? pourquoi ne pas joindre à cela ce que nous savons de l'action des organes influencés par les humeurs? De cette manière, nous parviendrions à établir une liaison de coïncidences purement phénoménales entre ces faits, au lieu de recourir à l'hypothèse d'une modification humorale pour l'établir.

A cela nous paraît se réduire la grande question de l'altération des humeurs. On doit en conclure que jamais l'état de ces humeurs n'est directement un sujet d'indication, et l'on voit alors toute l'étendue de la faute des hommes célèbres et des routiniers qui ont basé leurs méthodes thérapeutiques sur les fondemens ruineux d'une pathogénie humorale. Il n'est plus permis d'admettre, dans les humeurs sans cesse soumises à l'action organique, je ne sais quelles altérations spontanées, idée grossière, qui n'a pu naître que dans la tête d'un alchimiste ou d'un ignorant admirateur de la fausse chimie des premiers siècles de l'ère de la science. Il serait encore plus absurde de reconnaître, comme cause matérielle des maladies, une humeur, produit morbide et morbifique de l'altération spontanée des humeurs malades. Les seules humeurs morbides sont, comme celles qui sont indispensable au maintien de la vie, formées sous l'influence des organes. *Voyez* KYSTE, LYMPHE, PUS, SANG, SANIE, SÉROSITÉ, etc.

HUMIDITÉ, s. f., *humiditas;* qualité de ce qui est humide, de ce qui contient de l'eau dans ses interstices, dans ses molécules, dans son tissu.

L'humidité peut tenir, soit seulement à des vapeurs aqueuses, pures ou impures, suspendues dans l'atmosphère, soit à la présence de l'eau liquide, quelle qu'en soit la source. Jamais elle n'est bornée à l'air ou aux autres corps seuls; tous y participent en même temps, mais à des degrés divers; de là viennent les différences qu'on observe dans l'action qu'elle exerce sur nous. L'humidité atmosphérique ne peut pas se comporter en effet de la même manière que celle des vêtemens ou des habitations, à moins que celle-ci ne soit assez considérable pour entraîner nécessairement l'autre à sa suite, par le résultat inévitable de l'évaporation.

L'art de reconnaître et de mesurer le degré d'humidité de l'atmosphère, constitue la partie de la physique à laquelle on donne le nom d'HYGROMÉTRIE.

L'influence de l'humidité sur l'organisme est aussi incontestable que difficile à expliquer; bien loin de corriger les ef-

fets du froid et du chaud, l'humidité en aggrave les inconvéniens, en diminue les avantages, et c'est surtout à sa réunion avec l'une ou l'autre de ces deux conditions atmosphériques qu'est due la production des maladies les plus meurtrières : le typhus et la peste, par exemple. Est-ce par l'introduction de molécules aqueuses dans l'organisme qu'agit l'humidité? On est tenté de le croire, lorsque l'on considère que cette pénétration paraît avoir lieu chez les hydropiques; mais a-t-elle lieu de même chez les sujets qui ne sont pas affectés de cette maladie, et si la chose est possible, est-elle prouvée? On ne peut l'affirmer. Est-ce seulement par l'impulsion débilitante exercée sur la peau et la membrane muqueuse pulmonaire, par un air humide, ou tout autre véhicule, que l'humidité entraîne un si grand nombre de maladies graves? Cette impression est incontestable, il n'est personne qui ne pense l'avoir éprouvée sur soi-même, et pourtant, qui ne sait que le froid humide pénètre, dit le vulgaire, plus avant que le froid sec? qui ne sait que la chaleur humide semble traverser les membres, et se faire sentir dans le plus interne des viscères? Il faut renoncer à des explications que l'observation ou des expériences bien faites et en grand nombre n'éclairent pas. Il suffit heureusement, dans l'état actuel de la science, de bien établir les conditions et les effets, de saisir leur liaison nécessaire, sans chercher à l'expliquer.

Le froid humide, ou, si l'on veut, l'humidité froide, ce qui est plus correct, diminue la sensibilité de la peau, la fait pâlir sans qu'elle se contracte, et lui enlève sa température, plus encore que le froid sec; la chaleur, la rougeur de la peau, ne suivent pas cette sédation, comme quand celle-ci a lieu à la suite du froid sec. Ainsi la peau est plongée dans une véritable langueur permanente par l'humidité froide; l'exhalation s'y fait incomplètement, et la matière de la transpiration insensible se résout en sueur dès qu'elle est tant soit peu abondante. Il y a lieu de présumer qu'un effet analogue, mais peut-être moins intense, a lieu sur la membrane muqueuse bronchique; cependant il n'en est pas toujours ainsi, car, par suite de cette sédation, l'action vitale augmente ordinairement, soit dans les bronches, soit dans l'estomac ou dans les intestins, et c'est alors qu'on voit se manifester la bronchite, la gastrite, l'entérite, la gastro-entérite, quand l'humidité est excessive, subite, quand, au moment où elle agit, la peau était en transpiration, et l'un des points de la membrane muqueuse disposé à l'irritation. Quelquefois la membrane muqueuse naso-bronchique et la gastro-intestinale sont prises en même temps d'une irritation peu prononcée; alors ordinairement il y a sécrétion, ou tendance à une sécrétion

muqueuse très-abondante; alors on observe les signes de ce qu'on a appelé la fièvre muqueuse.

La sédation exercée sur la peau est-elle assez forte, assez permanente, pour que la membrane muqueuse bronchique éprouve un effet tout à fait analogue; la peau du cou, du thorax et des bras a-t-elle, plus que le reste du corps, subi cette réfrigération; l'irritation se développe dans le parenchyme pulmonaire ou dans la plèvre, ou à la fois dans ces deux parties; la pleurésie, la péripneumonie, la pleuro-péripneumonie ont lieu. Quelquefois c'est la péricardite ou la cardite. Si c'est la peau des membres inférieurs de l'abdomen ou des lombes qui a subi cette réfrigération, l'irritation se développe de préférence dans les viscères abdominaux ou dans le péritoine; on voit se développer les signes de la gastrite, de l'entérite, de la céphalite, de la métrite.

La personne éprouve-t-elle plus de susceptibilité dans les membranes synoviales, dans le tissu musculaire ou les gaînes des tendons, ce sont des douleurs dans les articulations, ou le long des membres. Ces douleurs précèdent ou accompagnent les diverses inflammations dont nous venons de parler.

L'action de l'humidité froide s'étend plus loin encore; les membranes du cerveau, celle de la moelle épinière, et les centres du système nerveux eux-mêmes, en ressentent parfois l'influence. Alors on voit, aux phénomènes de la bronchite, de la gastrite, de l'entérite, ou même en l'absence de ces symptômes, se joindre ceux de l'encéphalite, de l'arachnoïdite. En somme, il n'est pas dans le corps vivant un seul organe qui ne soit susceptible de s'enflammer sous l'influence de l'humidité froide.

Cette inflammation est fort souvent, et peut-être le plus souvent même, non pas aiguë bien manifeste, mais lente, chronique et latente; presque toujours alors elle se manifeste seulement par la langueur des fonctions de l'organe lésé, ou des organes qui sympathisent avec lui. Trompés par cette langueur, les pathologistes ont cru trop long-temps qu'elle indiquait une diminution dans le mouvement nutritif, circulatoire et sensitif de l'organe, et l'on en a conclu que l'humidité froide était le plus puissant débilitant et une cause générale de faiblesse : il est temps de ne plus s'arrêter à réfuter cette erreur, une des plus pernicieuses parmi toutes celles dont le brownisme a inondé la médecine, et malheureusement la pratique de l'art de guérir. Mais n'oublions pas que Brown ne fit que répandre ces erreurs, qu'il les trouva toutes faites dans les écrits des anciens et de ses contemporains, qu'il avait méditées beaucoup plus qu'on ne le croit communément.

L'humidité chaude occasione une sorte de ramollissement,

d'expansion de la peau, qui blanchit ou rougit, selon que l'humidité ou la chaleur prédomine; ce tissu et le tissu cellulaire sous-jacent augmentent d'épaisseur dans l'un et l'autre cas; pour peu que la chaleur soit forte, la partie se gonfle beaucoup, le sang y afflue, et elle est stimulée; dans ce cas, l'action vitale diminue dans les tissus plus profondément situés, il y a une véritable révulsion à la peau. Si, au contraire, l'humidité est considérable et la chaleur peu forte, l'action vitale diminue dans la peau et dans les tissus sous-jacens de proche en proche. L'humidité chaude agit en général moins profondément que l'humidité froide. La membrane muqueuse bronchique en est peu affectée, tout au plus y a-t-il un sentiment d'oppression, de légère gêne dans la respiration. Lorsque la chaleur est extrême, la membrane muqueuse gastrique s'enflamme sympathiquement, l'irritation se propage au duodénum, aux voies biliaires, au foie; alors on observe les embarras gastriques, bilieux, les fièvres gastriques ou bilieuses; si l'inflammation des premières voies parvient rapidement à un haut degré, la prostration a lieu, on voit survenir ce qu'on appelle les fièvres adynamiques; les membranes du cerveau ont-elles ressenti l'effet sympathique de l'irritation de la peau, des symptômes de surexcitation cérébrale se manifestent, il y a ce qu'on appelle *ataxie*, et l'on dit que la fièvre de la saison est devenue ataxique ou ataxo-adynamique, selon que les signes de réaction nerveuse prédominent, ou qu'il y a alternative d'irritation de l'encéphale ou de langueur dans ses fonctions.

Quand l'humidité l'emporte de beaucoup sur la chaleur, on voit survenir la dysenterie, effet de l'inflammation intense du gros intestin, qui ne tarde pas à présenter les symptômes des fièvres qui viennent d'être indiquées, quand l'irritation de l'estomac ou du cerveau s'y joint.

Toutes les inflammations d'un ou de plusieurs organes qui sont le résultat de l'humidité jointe à la chaleur ou au froid, donnent lieu à une prostration très-marquée des organes extérieurs, surtout de ceux du mouvement, faiblesse apparente sur l'origine de laquelle il ne faut pas se tromper. Considérée en général, l'humidité n'est donc, à proprement parler, ni tonique ni ataxique; elle affaiblit certains organes, elle donne trop d'action à certains autres; elle jette les uns dans la prostration, les autres dans l'inflammation; c'est par ce dernier état morbide que périssent les sujets soumis à son influence, ce n'est donc point par des toniques que l'on doit combattre les résultats de l'humidité, lorsqu'on n'est pas certain que ces toniques auront pour effet immédiat de reporter l'action vitale à la phéripérie.

Ces considérations sont sans doute trop générales, nous devons pourtant nous arrêter ici, si nous ne voulons faire un traité d'étiologie; nous reviendrons d'ailleurs un grand nombre de fois sur cet important sujet dans le cours de cet ouvrage, et presqu'à l'occasion de toutes les maladies, surtout de celles qui se manifestent sous le type chronique.

Si nous appliquons ces considérations à la thérapeutique, nous verrons que l'humidité chaude est la seule dont on puisse se servir avec avantage; que la chaleur doit prédominer quand on veut produire une révulsion qui calme une douleur située profondément; que l'humidité doit prédominer quand on veut calmer une douleur causée par l'irritation située très-près de la peau, et à plus forte raison à la peau elle-même. *Voyez* BAIN, CATAPLASME et EAU.

HUMORAL, adj., *humoralis*; qui est causé, entretenu par les humeurs, ou relatif aux humeurs : *maladie humorale*, *fièvre humorale*, *état humoral*, *cause humorale*, *pathologie humorale*. *Voyez* HUMORISME.

HUMORISME. Il n'est que trop commun d'entendre des médecins, imbus de toutes les pauvretés dont la médecine antique était souillée, déclamer contre l'esprit de système dont ils voudraient faire le crime du temps où nous vivons. Pour être autorisé à vouer notre siècle au mépris de la postérité, et nous rappeler aux doctrines des temps les plus reculés, il faudrait pouvoir effacer de l'histoire de la médecine le long despotisme d'un système né de l'observation la plus grossière, fortifié par l'ignorance de la structure et des fonctions des organes, et perpétué par l'esprit de routine et de servilité, l'humorisme enfin. A ce mot, qui rappelle une des erreurs les plus anciennes et les plus funestes, se rattachent la plupart des divagations théoriques dans lesquelles se sont égarés les médecins de tous les temps et de tous les pays, depuis Hippocrate. L'empire de cette erreur s'affaiblit de jour en jour, et pourtant on la retrouve depuis Tornéo jusqu'à Ceylan; elle a fait le tour du globe. On la retrouve chez les vieux peuples de l'Europe, comme chez les peuplades plus récentes des terres nouvellement découvertes. C'est un des premiers pas de l'esprit humain, et qui ne sait que tous ses premiers pas sont marqués par des erreurs?

On a voulu faire d'Hippocrate le fauteur de l'humorisme; Galien s'est appuyé de l'autorité de ce grand homme pour introduire ses vaines subtilités sur les humeurs; mais c'est parce que Galien lui-même, après avoir cherché à distinguer les écrits légitimes d'Hippocrate, s'est accommodé de tous ceux que contiennent les livres des fils et des successeurs de ce grand homme, leur accordant la même créance, probablement parce

que ces idées lui avaient été inculquées durant son éducation médicale. Mais, de fait, ce n'est ni dans les ecrits d'Hippocrate, ni dans ceux de Galien, qu'il faut chercher l'origine de l'humorisme ; c'est dans la nature elle-même, et c'est encore un des cas où la nature, incomplétement connue, conduit à l'erreur.

On peut réduire les causes morbifiques à deux classes : celles qui sont visibles, appréciables par les sens, dont l'action n'est nullement équivoque, et qui provoquent des lésions dont l'origine n'est nullement douteuse : ainsi une chute devient l'occasion de la fracture d'un os, de la dislocation d'un membre; un coup d'arme blanche divise la peau et les muscles; dans tous ces cas, il ne faut aucun effort d'intelligence pour reconnaître la cause, la nature et le siége du mal, les indications se déduisent de ces trois circonstances. Mais il n'en est pas ainsi quand, sans cause bien manifeste, on voit un homme perdre ses forces, cesser de manger, se plaindre d'une douleur dans une partie quelconque; en admettant que l'on connaisse même la cause occasionelle de ces accidens, je suppose que ce soit l'impression d'une pluie froide sur le corps en sueur, eu pareil cas, on pourrait, à la rigueur, s'arrêter à dire : cet homme a été mouillé; à la suite de cet accident, il a toussé, craché, éprouvé de la gêne dans la respiration, et ressenti une douleur dans le côté : on le devrait peut-être; mais, bien loin de se maintenir dans cette sage réserve, on va jusqu'à vouloir connaître quel a été le résultat *intestin*, la modification occulte, l'altération, en un mot, du développement de laquelle a dépendu celui des symptômes. Cette recherche était louable, mais on a cru trop tôt l'avoir accomplie. Ce n'est pas ici le lieu d'indiquer de combien de manières différentes on a procédé à cette recherche : la plus ancienne fut certainement celle qui conduisit à l'humorisme. On vit une douleur de tête cesser après une hémorragie nasale, une douleur de côté cesser après un crachement abondant; le frisson et la chaleur âcre de la peau cesser quand la sueur survenait, quand l'urine coulait, quand des matières bilieuses ou muqueuses étaient vomies ou évacuées par le bas; le retour du flux menstruel, l'établissement du flux hémorroïdal, être suivis de la guérison de diverses maladies ; et l'on en conclut que les maladies sans cause matérielle externe étaient le résultat de la surabondance du sang, de la bile ou de la pituite; les maladies dont la production ne pouvait être rapportée à aucune de ces trois humeurs, furent attribuées à des humeurs imaginaires, telles que l'atrabile, le gluten spontané, la pituite vitrée; de tout temps l'abus de l'analogie a grossi les erreurs et accru leur nombre. Comme les maladies guérissaient souvent sans évacuation, on imagina

que l'humeur peccante était alors assimilée, c'est-à-dire annihilée, ou remise en fonction dans l'économie vivante. Un examen plus attentif ayant fait remarquer que certaines maladies ne dépendent évidemment point de la surabondance des humeurs, on fut conduit à admettre qu'elles pouvaient pêcher autrement que par cette circonstance; ainsi, il y eut des maladies par l'insuffisante quantité de telle ou telle humeur. On alla plus loin: comparant ces humeurs aux liquides répandus dans la nature, on les supposa susceptibles d'acquérir de l'âcreté, et, lorsque la chimie fut appliquée à la physiologie et à la pathologie, avec toute l'audace que donne un demi-savoir, ces altérations furent aussi nombreuses que les différens principes à saveur forte dont l'existence avait été constatée, tant bien que mal, dans les cornues. C'est ainsi qu'après avoir été établi par le peuple, adopté par les médecins, si peu distincts du peuple dans l'enfance de l'art, coordonné avec la philosophie corpusculaire, modifié par suite d'observations qui multiplièrent les erreurs au lieu de ramener à la vérité, l'humorisme subit enfin le joug de la chimie, et ce fut en vain qu'un petit nombre de bons esprits essayèrent d'ébranler ce colosse, auquel l'ignorance et la routine formaient un piédestal inébranlable. Borelli, Stahl et Hoffmann eux-mêmes, sacrifièrent à cette idole des temps barbares de la médecine, et, pour arriver au solidisme absolu, il faut franchir l'intervalle qui sépare Hippocrate et Brown; c'est seulement, en effet, dans les écrits de ce dernier qu'on chercherait en vain la moindre trace d'humorisme; Cullen lui-même n'en est pas exempt; Pinel n'était pas éloigné de reconnaître, pour l'avenir, un humorisme fondé sur les progrès ultérieurs de la chimie animale; Broussais est équivoque, incertain et obscur, sur ce point comme sur tant d'autres. Depuis que le brownisme est tombé dans le discrédit, l'humorisme commence à relever la tête, non plus tel qu'on le voyait autrefois dominer en tyran toute la pathologie, mais à peu près comme le concevait Bordeu. On n'ose plus dire: les humeurs sont sujettes à telles et telles altérations, mais il n'est pas impossible qu'elles soient parfois altérées; on n'ose plus dire que le praticien doive chercher des sujets d'indication dans ces altérations soupçonnées, mais on parle d'un temps où il le devra peut-être. Enfin, les médecins d'autrefois étaient humoristes dans le présent, quelques médecins d'aujourd'hui le sont dans l'avenir, et se croient, à cause de cela, moins exclusifs que les solidistes. Il en est même qui vont plus loin: appuyés sur quelques expériences relatives à l'absorption, ils se représentent les humeurs, le sang surtout, voiturant du café au cerveau, du séné au colon, de la digitale au cœur, et de la noix vomique à la moelle épinière; ils n'osent pas encore ressusciter

les voyages du pus, de l'ichor, du lait et de l'urine, dans le sang, mais ils sont près de sauter ce pas, et Dieu sait où ils s'arrêteront. C'est ici surtout qu'on sent l'inconvénient de trop généraliser quelques faits, et d'établir des lois fondées sur l'analogie seulement. N'oublions pas qu'il n'est pas d'humeur qui ne soit le produit du travail d'un ou de plusieurs organes, que la résorption des humeurs excrémentitielles et des humeurs morbides en nature, est une hypothèse gratuite; que la résorption d'un des matériaux d'une humeur, ne suppose pas l'absorption de cette humeur, et que l'arrivée du principe colorant, par exemple, de la bile dans un organe irrité, serait encore le résultat et non la cause de son irritation. En ne nous écartant pas de ces principes, sans lesquels la physiologie redevient un roman, nous éviterons de retomber dans les erreurs de l'humorisme, et les funestes résultats de ces erreurs transportées dans la pratique de l'art de guérir, qui, sous l'empire de ce système, n'est que l'art de purger, de faire suer, cracher, moucher et pisser.

HUMORISTE, adj. et s. m.; se dit d'un médecin qui attribue aux humeurs la prépondérance sur les solides dans l'organisme humain, et qui trouve des altérations imaginaires de ces mêmes humeurs dans la cause prochaine de toutes les maladies qui ne sont pas l'effet direct d'une violence extérieure.

HYALOIDE, adj., *hyaloïdes*, *vitreus*; épithète donnée à la membrane qui renferme l'humeur vitrée de l'œil.

Cette membrane, extrêmement mince, et d'une transparence parfaite, représente une cavité à peu près globuleuse, déprimée seulement à sa partie antérienre, et divisée intérieurement en un grand nombre d'expansions. Ces cloisons produisent, par leur entrecroisement, des cellules dont il est difficile de déterminer la grandeur et la forme, et qui communiquent toutes entre elles, de sorte qu'il suffit d'une incision légère faite à la membrane hyaloïde pour la vider de toute l'humeur vitrée qu'elle renferme. Au niveau des procès ciliaires, et vers le contour du cristallin, cette membrane se partage en deux lames, dont l'une passe devant, l'autre derrière la capsule cristalline, et de l'écartement desquelles résulte un espace ayant la forme d'un prisme circulaire à trois pans, que Petit a désigné sous le nom de *canal godronné*, à cause des bosselures inégales qu'on produit à sa surface, quand on y pousse de l'air.

On ne connaît pas encore la structure de la membrane hyaloïde. Cependant, comme on sait qu'elle reçoit des branches de l'artère centrale de la rétine, on peut conjecturer qu'elle est sujette, dans certains cas, à l'inflammation, et à toutes les suites que cet état maladif entraîne.

HYDATIDE, s. f., *hydatis*. On a, pendant long-temps, confondu, sous ce nom, divers genres de tumeurs enkystées, ainsi qu'un grand nombre de vers vésiculaires qui vivent dans l'intérieur du corps des animaux, et qu'on regardait autrefois comme le résultat, toujours identique, d'un mode particulier de dégénération des organes.

Hartmann et Tyson paraissent être les premiers qui aient reconnu que plusieurs d'entre les altérations organiques appelées *hydatides*, étaient réellement des corps doués de la vie; mais personne n'eut égard à une assertion qu'on regardait comme paradoxale, jusqu'à l'époque où Linné, qui sut en profiter, rangea les hydatides qu'il connaissait parmi les zoophytes, dans le genre tænia, et surtout à celle où Pallas publia quelques notions incomplètes, quoiqu'exactes d'ailleurs, sur la structure de ces êtres singuliers. Dès-lors on s'occupa sérieusement de cette branche importante de l'histoire naturelle et de la pathologie, que Muller, Goeze, Leske, Bloch, Werner et Batsch enrichirent du fruit de leurs observations. On continua cependant encore de classer les vers vésiculaires parmi les tænias. Cuvier, Lamark, Bosc et Duméril reconnurent ensuite la nécessité de les en séparer, et de créer un genre à part pour eux. Les recherches de Zeder, de Rudolphi, de Sultzer et de Laënnec démontrèrent enfin qu'un seul genre ne suffisait pas pour en contenir toutes les espèces, et qu'il était indispensable d'en établir plusieurs, dont nous allons présenter le tableau.

1°. *Acéphalocyste*, *acephalocystis;* point de distinction entre le corps et la tête; une simple vésicule plus ou moins transparente, et sans fibres visibles. Ce genre a été établi par Laënnec.

2°. *Cysticerque*, *cysticercus;* corps presque cylindrique ou un peu aplati, ridé, terminé d'un côté par une vésicule caudale, et de l'autre, par une tête dont la base est garnie de quatre papilles ou suçoirs. Ce genre est de Rudolphi.

3°. *Ditrachycéros*, *ditrachyceros;* corps ovale, comprimé, enveloppé d'une tunique lâche, et terminé par une tête que surmontent deux appendices munis de soies rudes. Ce genre, créé par Sultzer, est appelé *diceras* par Rudolphi.

4°. *Echinococcus*; une seule vessie caudale pour plusieurs corps; une seule couronne de crochets, et point de suçoirs. Rudolphi est l'auteur de ce genre.

5°. *Polycéphale*, *polycephalus*; corps allongé, cylindrique, ridé, terminé par une vessie commune à plusieurs individus, dont la tête est garnie de suçoirs et de deux couronnes de crochets.

Quelques considérations générales s'appliquent également à tous les vers vésiculaires compris dans ces cinq coupes. D'a-

bord ces animaux paraissent n'exister que dans les vertébrés, et ils sont bien plus communs dans ceux à sang rouge que dans ceux à sang froid. Ils vivent tous dans le tissu même des organes, et jamais, à moins d'accident, on ne les voit flotter librement, soit dans le canal intestinal, soit dans aucune autre cavité naturelle. On les trouve, la plupart du temps, renfermés dans des kystes dont les parois les isolent du parenchyme de l'organe au milieu duquel ils se sont développés. Quelques-uns d'entre eux sont solitaires, c'est-à-dire qu'il y a une loge séparée par chaque individu. D'autres, au contraire, vivent en société, et chaque kyste est habité par un certain nombre d'entre eux. Tous sont membraneux, creux en dedans, et plus ou moins ridés à la surface; mais leurs formes varient beaucoup dans les différens genres, et même dans les diverses espèces. Leur corps est toujours rempli d'un fluide de nature et de qualités physiques très-variables. La plupart n'exécutent que des mouvemens lents, faibles et très-bornés; il en est même quelques-uns qu'on n'a jamais vus se mouvoir, de sorte que c'est seulement par analogie qu'on les range parmi les productions du règne animal. Du reste leur vie est irrévocablement liée à celle de l'être qui les renferme; ils meurent avec lui, et jamais on n'en a trouvé de vivans dans les cadavres refroidis. Mais ceux qu'on retire du corps d'un animal tué depuis peu, se contractent encore pendant assez long-temps, lorsqu'on vient à les plonger dans l'eau tiède. Leur développement est, sans contredit, un des phénomènes les plus extraordinaires et les plus importans que la nature offre à notre curiosité; les conjectures dont il est devenu la source seront exposées à l'article VERS INTESTINAUX, auquel nous sommes contraints de renvoyer le lecteur, pour éviter les redites.

1. Les *acéphalocystes* se présentent sous la forme de vésicules arrondies ou ovalaires, dont le volume varie beaucoup. Leurs parois sont minces, transparentes, d'une épaisseur assez uniforme, d'un tissu homogène, fragile et dénué de fibres. Le plus souvent elles n'ont pas de couleur; cependant elles sont quelquefois légèrement grises, verdâtres, ou d'une teinte laiteuse. Le liquide qui remplit leur cavité est parfaitement limpide; il ne diffère en rien d'une eau qu'on aurait chargée d'un peu d'albumine. Assez souvent, on observe, dans les parois des acéphalocystes, des épaississemens de diverses natures; les uns, qui sont blancs, irréguliers et plus ou moins étendus, pourraient bien dépendre d'une maladie de l'animal. D'autres représentent de petits corps sphériques, blancs et opaques, serrés les uns contre les autres, et quelquefois disposés sur deux couches; les plus gros sont creux dans leur centre, tandis que

les petits sont absolument pleins ; lorsqu'on les détache, ce qui est assez facile, il reste une petite fosse hémisphérique et lisse à la place qu'ils occupaient. Laënnec regarde ces corpuscules comme des acéphalocystes naissantes. Il pense que quand elles sont suffisamment développées, elles tombent dans la cavité intérieure de la mère, et s'y accroissent ensuite. En effet, il n'est pas rare de trouver des acéphalocystes qui en contiennent d'autres, plus ou moins volumineuses, lesquelles en renferment elles-mêmes de nouvelles. Peut-être, lorsque les nouveaux vers ont acquis une certaine taille, font-ils éclater la mère, en la distendant outre mesure ; ce qu'il y a de positif, c'est qu'on trouve toujours les plus grosses acéphalocystes rompues. Certains vers présentent aussi à l'extérieur de petits bourgeons irréguliers et de formes très-variées, que Laënnec considère également comme de nouveaux individus naissans, en sorte que, suivant lui, ces animaux se reproduisent par des gemmes détachés, soit de leur surface extérieure, soit de leur surface intérieure.

On a rencontré des acéphalocystes dans presque toutes les parties du corps humain, mais plus particulièrement dans le foie, la matrice, les reins, le tissu cellulaire, les poumons et les dépendances du canal intestinal. Quelques auteurs ont prétendu qu'elle ne se développent jamais dans les cavités naturelles du corps, mais qu'elles naissent toujours dans un kyste plongé au milieu du tissu même des organes, et que, quand on les a vu sortir de ces cavités, c'était par suite de la rupture du sac qui les renfermait. Ces assertions ne sont pas exactes ; car certaines acéphalocystes, telles que celle en grappe, sont libres dans la cavité de la matrice, et Freteau, en pratiquant l'opération de l'empyème sur un sujet qui guérit, retira par l'incision une quantité immense de ces vers, qui paraissaient occuper la cavité de la plèvre. Béclard en a trouvé aussi qui nageaient dans la vessie urinaire, sans qu'elles fussent descendues du rein, par suite de la rupture d'un kyste. Rostan en a observé de même dans la cavité de l'arachnoïde.

L'histoire des acéphalocystes est encore, sur tous les points, enveloppée d'une grande obscurité. On sait bien qu'il en existe plusieurs espèces distinctes, mais le nombre de ces espèces n'est pas encore parfaitement constaté. Les suivantes sont celles qui paraissent le mieux établies.

1°. *Acéphalocyste en grappe*, *acephalocystis racemosa ;* assemblage de vésicules sans suçoirs visibles, à parois diaphanes, d'un tissu fragile, remplies d'un liquide limpide et légèrement albumineux, qui ne sont pas renfermées dans un kyste, mais flottent, au contraire, librement dans la cavité du viscère, qui tiennent les unes aux autres à l'aide de fila-

mens, et forment ainsi une masse semblable à un ovaire de gallinacé, qui semblent se grouper autour d'un noyau central, ayant en général beaucoup d'analogie avec un placenta mal conformé, qui ne renferment jamais ni granulations transparentes, ni bourgeons végétans, dans lesquelles enfin les générations successives ne sont jamais emboîtées les unes dans les autres.

2°. *Acéphalocyste à œufs*, *acephalocystis ovoïdea.*

3°. *Acéphalocyste à bourgeons*, *acephalocystis surculigera.*

4°. *Acéphalocyste à grains*, *acephalocystis granulosa.*

Ces trois espèces ne se voient jamais réunies ensemble dans un même kyste. Elles diffèrent en ce que la première offre, dans ses parois, de petits corps sphériques, blancs, opaques, peu adhérens, et souvent creux dans leur intérieur; tandis que la seconde présente, à ses deux surfaces, des bourgeons irréguliers, et que la troisième est parsemée intérieurement de granulations transparentes.

Outre ces quatre espèces, il paraît en exister une cinquième, l'*acéphalocyste plane*, *acephalocystis plana*, qui est lenticulaire, transparente, plus consistante à l'extérieur qu'au centre, et qui semble ne jamais renfermer de véritable cavité. Mais les corpuscules désignés sous ce nom n'ayant été trouvés que sur les cadavres, dans la synovie, ou dans des kystes accidentels, aucun signe n'a pu indiquer chez eux la présence de la vie.

L'acéphalocyste en grappe, qui habite exclusivement la matrice, se trouve désignée, dans la plupart des livres, sous le nom de *môle hydatidique*. Quelques auteurs lui ont aussi donné celui de *faux germe en grappe*. On en trouve toujours les individus réunis, au nombre de plusieurs milliers, en masses considérables, dont le poids s'élève souvent à plusieurs livres. Ces masses sont composées d'une tige centrale, dont les ramifications, croisées mille et mille fois, produisent une trame aréolaire formée de plusieurs couches superposées et réunies à une seule masse centrale, d'un tissu mou, jaunâtre, facile à déchirer, et à la fois granuleux et spongieux. Ces ramifications filamenteuses, qui semblent avoir la même organisation que les vésicules, et qui sont d'une ténuité excessive, les attachent les unes aux autres, et empêchent qu'elles ne s'échappent de la matrice, d'où elles ne sortent que par l'effet de la rupture accidentelle de leur pédicule.

Rien n'est plus obscur que l'histoire des accidens causés par la présence de ce ver, sur lequel on n'a de renseignemens certains que depuis les travaux récens d'H. Cloquet. Les causes de son développement sont inconnues, et l'on en est réduit à hasarder sur ce sujet des hypothèses, dont nous renvoyons l'exposition à l'article MÔLE. Cependant nous devons dire ici que c'est

une idée fort étrange que celle de les attribuer, comme l'a fait Cloquet, à une leucorrhée habituelle, à un tempérament lymphatique, à un coup, à une chute sur la région de l'utérus, à un accouchement laborieux, à une suppression des menstrues, à un état de débilité et de cacochymie. Le temps n'est plus où les médecins puissent se contenter des longues et bizarres énumérations de causes entièrement contraires dans leur essence et leur manière d'agir. En discutant la théorie des môles, nous essaierons de prouver que celles-ci, comme toutes les autres, sont constamment le produit d'une irritation, soit de l'ovaire, ou de la matrice, soit de tous les deux à la fois.

Il se développe également des grappes d'acéphalocystes dans la matrice des filles qui n'ont pas encore conçu, des femmes qui sont devenues mères, et de celles qui sont jeunes, comme de celles qui sont déjà avancées en âge. Mais nulle observation à l'abri du soupçon ne permet d'établir qu'on en ait trouvé chez des femmes vivant réellement dans l'état de virginité. Quoi qu'il en soit, leur présence donne lieu à presque tous les symptômes de la grossesse, aussi a-t-on donné le nom de *fausse grossesse* à l'ensemble des accidens qu'elles déterminent. Mais ces accidens paraissent n'avoir rien d'assez particulier, ou du moins ils n'ont pas encore été assez étudiés, pour qu'on puisse, à des signes certains, éviter de confondre les môles hydatidiques avec les autres intumescences de l'abdomen, et notamment avec l'hydropisie de la matrice, car elles se comportent à peu près de la même manière que celle-ci, si ce n'est seulement que le ventre n'acquiert jamais un volume aussi considérable.

On a remarqué que le développement des acéphalocystes utérines est précédé, la plupart du temps, d'un écoulement leucorrhoïque fort abondant, c'est-à-dire d'une irritation chronique de la membrane muqueuse des voies génitales. Tant que la masse de ces vers est peu considérable, ils ne donnent lieu qu'à des accidens peu marqués; mais à mesure qu'ils croissent en nombre et en volume, le ventre devient flatueux, mou et gonflé. En introduisant le doigt dans le vagin, on reconnaît que la matrice est devenue plus volumineuse. L'écoulement menstruel s'arrête. Quelquefois les seins se gonflent, sans pourtant, dit-on, que l'auréole du mamelon s'agrandisse et acquière une teinte plus foncée. La femme ressent un poids qui se porte vers la région inférieure de l'abdomen, cause des douleurs dans les cuisses, les aines et les lombes, et détermine un sentiment de lassitude extrême dans les jambes, lesquelles deviennent assez souvent le siége d'un gonflement œdémateux. Il y a en outre, malaise général, dyspnée, ano-

rexie, nausées, quelquefois même des vomissemens; une fois on a observé un ptyalisme des plus abondans. La main, appliquée sur la paroi antérieure de l'abdomen, fait sentir, dans la cavité ventrale, une tumeur également ronde partout, lâche, compressible et indolente, qui, lorsqu'on la pousse de haut en bas, éprouve une fluctuation sourde, et fait entendre un bruit particulier. Vers le second mois de la maladie, il se manifeste, chez la plupart des femmes, un écoulement alternatif de sang et de sérosité par le vagin, qui continue jusqu'à la fin, à des intervalles plus ou moins éloignés. La sortie de la sérosité est, en général, précédée de symptômes semblables à ceux qui annoncent l'accouchement, et, dans quelques cas, la sécrétion du lait s'établit aussitôt après cette évacuation; mais, vers la même époque, les mamelles, jusqu'alors tendues et douloureuses, deviennent molles et flasques, phénomène bien digne d'attention. L'orifice de la matrice demeure béant pendant tout le cours de la maladie, et change à peine de forme et de place. Enfin, la femme, soit dans les momens de douleurs, soit lorsqu'elle fait des efforts pour aller à la selle, rend des acéphalocystes isolées ou groupées en petits paquets. Ce dernier signe est véritablement pathognomonique; il érige en certitude absolue les soupçons que le précédent aurait pu faire concevoir.

Les môles hydatidiques constituent toujours une affection grave, quoiqu'elles compromettent rarement l'existence de la femme. Souvent, en effet, celle-ci devient stérile, ou, si elle demeure apte à concevoir, elle est sujette à l'avortement. Parfois aussi elle finit par tomber dans un état de langueur et de marasme qui la conduit à la mort, ou elle succombe, soit à une leucophlegmatie générale, soit à quelqu'autre hydropisie. La terminaison se fait d'ailleurs attendre plus ou moins long-temps, et elle résulte le plus ordinairement de l'évacuation des acéphalocystes, au milieu des efforts que la matrice fait pour s'en délivrer, et avec les phénomènes d'une sorte de parturition, dont le terme varie de trois à dix mois, rarement plus, et qui est précédée de ménorrhargie, d'envies fréquentes d'uriner, de syncopes alarmantes et de douleurs aiguës. La délivrance peut être complète, ou n'avoir lieu que d'une manière partielle. Cette circonstance est très-fâcheuse, car elle entraîne la prolongation ou le renouvellement des accidens. On a remarqué qu'un bruit particulier se fait entendre, en général, au moment de l'expulsion de la masse hydatidique, qui est presque toujours accompagnée de la sortie d'une grande quantité d'eau et d'une hémorragie plus ou moins abondante. Lorsque les vers vésiculaires sortent un à un, ils sont généra-

lement lancés au loin avec force. Chez la plupart des femmes aussi, un fluide rougeâtre, fétide et mêlé de débris d'hydatides, s'écoule pendant quelques jours par la vulve.

Il est assez rare, au reste, que les acéphalocystes sortent séparées les unes des autres, et, dans ce cas, on aperçoit toujours à leur surface des traces du pédicule qui les supportait. Dans la plupart des circonstances, elles s'échappent sous la forme d'une masse pesant de trois à onze livres, et offrant l'aspect d'une grappe de raisin. Cette masse, lorsqu'on l'abandonne à elle-même, s'affaisse, s'aplatit, et s'étale irrégulièrement.

La sortie des acéphalocystes à grappe est quelquefois suivie d'une amélioration bien sensible dans l'état de la malade; mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse.

Divers moyens ont été proposés pour hâter la sortie des môles hydatidiques. Tels sont les purgatifs hydragogues, les diurétiques et les préparations mercurielles, entre autres le protochlorure de mercure. Il paraît que ceux auxquels on doit accorder la préférence, sont les lavemens irritans et les injections de même nature, par exemple avec une dissolution concentrée d'hydrochlorate de soude, aiguisée par une petite quantité d'acide acétique. L'accoucheur qui oserait tenter d'arracher la môle vésiculaire, adopterait un procédé meurtrier; car, bien que le col de la matrice soit assez constamment entr'ouvert dans ce cas, cependant il n'est jamais effacé, et se prête difficilement au degré de dilatation nécessaire pour permettre l'introduction de la main, en sorte qu'on ne pourrait saisir la masse qu'après de longues souffrances et des déchiremens affreux, sans parler des conséquences funestes que l'arrachement seul entraînerait par lui-même.

Cette espèce de fausse grossesse est un des cas les plus embarrassans qui puissent s'offrir au praticien, en raison de l'obscurité du diagnostic, du caractère fâcheux de la maladie et de l'incertitude de la terminaison. C'est un de ceux où il faut déployer beaucoup de prudence, et se contenter d'aider la nature, jusqu'à ce que de nouvelles observations, faites avec plus de soin qu'aucune de celles que nous possédons, répandent un peu de lumière sur un des points les plus obscurs de la pathologie.

Les trois dernières espèces d'acéphalocystes, parmi les quatre que nous venons d'indiquer, ne peuvent point être séparées dans l'histoire des accidens qu'elles déterminent, puisqu'elles donnent lieu au développement des mêmes symptômes, et ne diffèrent réellement que par la nature des petits corps à l'aide desquels elles paraissent se reproduire. Ce sont

elles que la plupart des pathologistes entendent désigner lorsqu'ils parlent d'*hydatides*. C'est donc sur elles que nous devons plus particulièrement insister, renvoyant d'ailleurs à l'article *vers intestinaux*, pour ce qui regarde la théorie de leur développement.

Ces acéphalocystes, de l'animalité desquelles on a pu douter sans trop de scepticisme, puisque, jusqu'à présent, on n'a point aperçu de mouvemens spontanés chez elles, sont logées, en général, dans le tissu des parties, et ne flottent presque jamais librement dans le canal intestinal ou dans les autres cavités naturelles. Elles sont renfermées dans des kystes dont les parois les isolent parfaitement du parenchyme des organes, et elles y vivent en sociétés plus ou moins nombreuses. La plupart du temps, ces kystes sont composés de plusieurs tissus élémentaires; le tissu fibreux semble pourtant en faire la base, mais, souvent aussi, l'on y remarque des points fibro-cartilagineux, cartilagineux et même osseux. Leur intérieur n'est jamais lisse, comme celui des kystes séreux. Dans certains cas, ils paraissent tapissés d'une sorte de fausse membrane disposée en couche informe et comme pulpeuse. Quand ils se sont développés dans une partie abondamment pourvue de tissu cellulaire, on les trouve entourés d'une couche plus ou moins épaisse de ce tissu, dont ils reçoivent d'assez nombreux vaisseaux sanguins. Lorqu'au contraire, ils ont pris naissance dans une partie d'un tissu très-serré, tel que le foie ou le rein, ils adhèrent au viscère d'une manière intime, et sans l'intermédiaire d'une gaîne ou capsule cellulaire.

Il est ordinaire que chaque kyste serve d'habitation à un grand nombre d'acéphalocystes, qui y nagent toutes dans un liquide, quelquefois semblable à de l'eau pure, mais, parfois aussi, jaunâtre, bourbeux et plus ou moins épais, visqueux, semblable à du suif fondu, etc. La nature de ce fluide n'influe cependant pas sur celui que renferme la cavité des hydatides, et qui est presque toujours transparent.

Les kystes hydatidiques grandissent à mesure que les acéphalocystes se reproduisent, et on les a vu acquérir assez de volume pour pouvoir contenir jusqu'à dix pintes de liquide. Ils sont susceptibles de se développer dans la plupart des viscères du corps de l'homme. Le foie, les reins, les poumons et les dépendances du canal intestinal sont cependant ceux où on les rencontre le plus souvent. On en a trouvé aussi dans la thyroïde, les ovaires et les plexus choroïdes.

On possède un grand nombre d'observations sur les kystes hydatidifères du foie. Les causes sont fort obscures; il paraît toutefois qu'elles sont toutes de nature à provoquer un état d'irritation plus ou moins voisin de l'inflammation. C'est ainsi, par

exemple, qu'on a vu la maladie être la suite d'une contusion de l'hypocondre droit. Les personnes qui en sont atteintes ont, en général, le teint pâle, plutôt que jaune. Elles ont de l'anorexie et de la dyspepsie; leur langue est décolorée et non chargée; elles éprouvent, dans l'hypocondre droit, un sentiment de pesanteur, ou même, de temps en temps, des douleurs vives, qu'elles rapportent à une colique; le ventre est souple, et plutôt resserré que libre; des nausées et des vomissemens se succèdent, entretenus, du moins en apparence, par l'espoir de se débarrasser d'un poids incommode : la région épigastrique, surtout sa portion droite, est envahie par une tumeur visible, circonscrite ou diffuse, accompagnée de dyspnée, d'anxiété et d'un sentiment de douleur habituelle, mais sans changement de couleur à la peau; on voit alors se manifester quelques symptômes d'asthme; il y a de la toux sans crachement; la tumeur devient peu à peu rénitente et inégale; à mesure qu'elle augmente de volume, elle donne des signes plus ou moins obscurs de fluctuation; la gêne et la douleur qu'elle occasione empêchent le malade de se coucher sur le dos, ou le forcent à se courber en devant lorsqu'il est assis; les côtes droites sont notablement soulevées; le pouls est petit, lent et serré. Plus tard, surtout si la maladie se complique d'hydropisie ascite, ce qui est rare, et n'arrive que dans la dernière période, les membres pelviens s'œdématisent, et l'on voit survenir tour à tour, ensemble ou séparément, des saignemens de nez, la diarrhée ou une constipation opiniâtre, et même, comme l'a observé Devilliers, tous les accidens qui caractérisent une véritable hernie de l'estomac.

Les hydatides du foie sont une maladie des plus graves, et la guérison un événement rare sur lequel on doit peu compter. On a vu cependant ces vers s'échapper au dehors, soit par une ouverture des parois de l'abdomen, soit par les vomissemens ou les selles. Mais, en général, les malades périssent assez rapidement lorsque le kyste se crève ou qu'on l'ouvre. L'incision de cette poche a, en effet, toujours été suivie de la mort, et la paracentèse n'a jamais réussi non plus, lorsqu'on l'a tentée. Il paraît donc, dans l'état actuel de nos connaissances, que l'existence d'un kyste hydatifère au milieu du foie est une affection presqu'inévitablement mortelle, par suite de la destruction lente du viscère, et qu'une opération chirurgicale ne fait que hâter l'époque de la mort. Cinq, six ou sept ans sont les termes les plus éloignés qu'on puisse assigner à la maladie, dont la marche est souvent plus rapide.

On trouve presqu'aussi souvent des hydatides dans les reins que dans le foie; mais là elles abandonnent souvent le

kyste qui les renferme, pour devenir libres et isolées. Les plus petites descendent dans la vessie, le long de l'uretère, et sont expulsées avec l'urine, entières, ou le plus souvent crevées, et sous l'apparence d'une membrane. Il arrive quelquefois que l'une d'elles, trop volumineuse, ne peut parcourir toute l'étendue de l'uretère, et s'arrête plus ou moins bas dans ce canal; peu à peu alors, les parties supérieures éprouvent une dilatation énorme, et le rein lui-même finit par se convertir en une vaste poche à parois minces, calleuses et dures, remplie d'urines et d'acéphalocystes de divers diamètres. Le diagnostic ne peut alors être établi d'une manière assurée que quand il est sorti par l'urètre des hydatides ou des débris d'hydatides; car le malade, sauf l'absence des graviers, éprouve tous les accidens de la colique néphrétique, tels que douleurs qui s'étendent des lombes dans l'hypogastre et l'urètre, tension du ventre, dysurie et rétention d'urine. Le pronostic est toujours des plus graves, quoiqu'on puisse vivre long-temps, lorsque la suppuration ne s'établit pas, et que peut-être même puisse-t-on guérir. Le traitement doit être inverse de celui auquel on a si mal à propos recours dans toutes les maladies des reins, c'est-à-dire qu'il faut proscrire les diurétiques chauds ou irritans, ceux surtout qui semblent mettre plus particulièrement en jeu les sympathies de l'estomac avec les organes urinaires, et recourir aux moyens les plus propres à combattre l'irritation qui a fixé son siége sur les reins, c'est-à-dire au régime antiphlogistique, local et général, dans toute sa rigueur.

Telles sont les considérations qu'il nous a paru le plus important de mettre sous les yeux des lecteurs, relativement aux accidens morbides déterminés par la présence des acéphalocystes. La science n'est pas assez avancée à leur égard, pour qu'on puisse en donner une histoire complète, et qui ne laisse rien à désirer. Celle des autres vers vésiculaires offre encore de bien plus grandes lacunes.

II. Les *cysticerques* ont un corps ordinairement conique et presque toujours formé de bandelettes transversales qui se recouvrent un peu les unes les autres. Il se termine en arrière par une vésicule caudale sphéroïde ou ovoïde, et remplie d'une sérosité limpide. Un étranglement, un véritable col, le sépare de la tête. Celle-ci est très-petite, souvent même imperceptible à l'œil, obronde ou ovoïde, et assez généralement terminée par une sorte de trompe obtuse, par une pointe hémisphérique, ou par un espace arrondi et déprimé. A la base de cette trompe, on remarque une ou deux rangées de crochets, c'est-à-dire de petits corps allongés, cylindriques et terminés par une éminence mousse, perpendiculaire à leur

axe. La partie la plus large de la tête est munie de quatre éminences émoussées, qu'on appelle suçoirs.

Ces animaux ont presque toujours le corps plein : certaines espèces présentent néanmoins, dans leur centre, une cavité qui communique, d'une part, avec celle de la vessie caudale, et qui, de l'autre, se termine en cul-de-sac, à la hauteur du col. Ils exécutent des mouvemens d'ondulation; ils peuvent dilater et resserrer leur vessie caudale, allonger leur cou et leur tête, ou les faire rentrer dans l'intérieur de leur corps. La plupart du temps, ils sont renfermés dans des kystes membraneux, remplis d'une sérosité plus ou moins abondante. On en trouve quelquefois plusieurs dans le même kyste, mais le plus souvent chacun d'eux a un kyste spécial qui lui sert d'habitation. Les espèces les plus remarquables sont :

1°. Le *cysticerque à col étroit*, *cysticercus tenuicollis*, dont la tête, presque tétragonale, et terminée par un bec cylindrique, un peu crochu, repose sur un col court, suivi d'un corps très-petit, et d'une vésicule caudale presque globuleuse.

Ce ver vit dans le péritoine et la plèvre des ruminans et du porc; il est surtout commun dans les moutons, les bœufs et les chèvres. Gmelin, Bruguières et Bosc supposent qu'il doit se rencontrer aussi chez l'homme, quoiqu'aucun d'eux ne l'y ait encore observé. Goeze partage leur opinion, et Brera donne l'histoire détaillée d'un homme mort d'apoplexie, dans les plexus choroïdes duquel on en vit une grande quantité. Il habite un kyste de figure variable, entièrement cellulaire, lisse à sa face interne, et rempli d'une liqueur semblable à celle que contient le vésicule caudale. Chaque kyste n'en loge qu'un seul; Pallas et Teyssier en ont cependant trouvé deux ensemble.

2.° Le *cysticerque ladrique*, *cysticercus cellulosæ*, dont le corps conique se termine, d'un côté, par une vessie ovale, mince, transparente et sans fibres, de l'autre, par une tête tétragone, munie de quatre suçoirs et de trente-deux crochets, disposés sur deux rangs.

C'est cet animal qui occasione la dégoûtante maladie des porcs, connue sous le nom de *ladrerie* (*Voyez* ce mot). Werner l'a découvert dans l'homme. Le plus ordinairement il vit dans le tissu des muscles, ou plutôt dans le tissu cellulaire qui en unit les divers faisceaux : néanmoins, il paraît pouvoir se développer au sein de tous les autres organes. On l'a trouvé dans la pie-mère, le tissu cellulaire de l'aisselle, le médiastin, le foie, le cerveau et le cœur. Toujours renfermé dans un kyste, il y vit solitaire, et plongé dans un liquide analogue à celui qui remplit sa vessie caudale.

3°. Le *cysticerque de Fischer*, *cysticercus Fischerianus*, dont le corps arrondi, grêle et annelé, porte une tête armée de suçoirs et de crochets en nombre qui n'a point encore été déterminé. La vessie caudale, qui est pyriforme, se termine en une pointe adhérente au viscère que le ver habite.

Fischer a vu deux fois cet animal dans le plexus choroïde de l'homme. Il n'a point de kyste.

4°. Le *cysticerque à deux vessies*, *cysticercus dicystus*, qui a deux vessies, l'une caudale, l'autre renfermant antérieurement le corps. Celui-ci est conique et annelé.

Laënnec a rencontré ce ver dans les ventricules cérébraux d'un homme mort d'apoplexie.

5°. Le *cysticerque pointillé*, *cysticercus albo-punctatus*, allongé et terminé par une vessie caudale globuleuse, dont la surface est parsemée de petits points blancs, disposés d'une manière irrégulière.

L'existence de cet helminte n'est pas encore bien constatée. Treutler l'a observé dans le plexus choroïde d'une femme.

III. On ne connaît qu'une seule espèce de *ditrachyceros*, *ditrachyceros rudis*. Personne autre que Sultzer ne l'a encore vue : elle fut expulsée par les selles, au moyen d'un purgatif, chez une jeune femme.

IV. Le genre *echinococcus* renferme deux espèces bien distinctes, dont l'une, *echinococcus hominis*, vit chez l'homme. Zeder l'a rencontrée dans les ventricules du cerveau.

V. Les *polycéphales* n'existent point chez l'homme, du moins à ce qu'on croit. L'un, le *polycéphale cérébral*, *polycephalus cerebralis*, toujours dépourvu de kyste, naît dans les ventricules et dans la substance même du cerveau des veaux, des bœufs, des brebis, et des lapins, chez lesquels il produit l'affection vertigineuse désignée sous le nom de TOURNIS (*voyez* ce mot). L'autre, le *polycéphale granuleux*, *polycephalus granulosus*, renfermé dans un kyste demi-cartilagineux, auquel il adhère d'une manière intime, habite le foie et les poumons des moutons et des veaux : il détermine, chez ces animaux, la POURRITURE (*voyez* ce mot), espèce d'hydropisie très-commune dans les localités marécageuses, et qui enlève souvent, comme la maladie précédente, de grandes valeurs aux propriétaires de troupeaux.

HYDATIDOCÈLE, s. f., *hydatidocele*; tumeur formée par un amas d'hydatides, soit dans le SCROTUM, soit dans le TESTICULE.

HYDATOÏDE, adj., *hydatoides*, *hydatodes*; épithète imposée par quelques anatomistes à l'humeur aqueuse de l'œil. *Voyez* AQUEUX.

HYDRAGOGUE, adj. et s. m., *hydragogus*. Lorsque chaque maladie était attribuée à une altération dans la quantité ou la qualité des humeurs, on devait penser souvent aux moyens susceptibles d'expulser celles-ci ; aussi avait-on créé des mots pour désigner ces moyens ; celui d'*hydragogue* était employé pour indiquer les substances à l'aide desquelles on croyait purger le corps surtout de la sérosité ; tels étaient certains purgatifs drastiques, le jalap et l'aloès ; on les recommandait principalement dans les hydropisies.

HYDRARTHRE, s. f., *hydarthrus synovialis*, *hydrops articulorum ;* accumulation de sérosité dans les capsules synoviales des articulations mobiles ; hydropisie articulaire. Le mot hydrarthre, dont nous faisons usage ici, et qui a déjà été employé par Delpech, est plus conforme à l'étymologie que celui d'hydarthre, consacré par un usage encore peu ancien ; il est d'ailleurs plus que lui en rapport avec les expressions usitées pour désigner, soit les hydropisies en général, soit les lésions de ce genre dont les divers organes peuvent-être atteints.

Confondue par les anciens avec la goutte, le rhumatisme, et l'infiltration du tissu cellulaire extérieur des articulations, l'hydrarthre n'a été bien étudiée que par les praticiens modernes. Heister lui-même ne la distinguait pas encore de certains fongus articulaires. Les grandes articulations, telles que celles du genou, du pied avec la jambe, du poignet et du coude, sont spécialement exposées à cette maladie, qui se montre moins souvent à l'articulation scapulo-humérale, et plus rarement encore à celle de la hanche. Le genou en est plus souvent le siége que toutes les autres jointures du corps ensemble : l'étendue de ses surfaces synoviales, la faible épaisseur des parties molles qui l'environnent, la multiplicité des causes d'irritation à l'influence desquelles il est exposé, sont autant de circonstances qui expliquent l'espèce de prédilection que l'hydropisie affecte pour lui. Si cette maladie a paru si rare aux articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale, cela dépend moins de ce qu'il ne s'y accumule pas de sérosité, que de la petite quantité de celle que ces jointures peuvent admettre, et dont la présence ne peut ordinairement y être sentie à travers les muscles épais qui les protégent.

On a beaucoup disserté sur les causes prochaines de l'hydrarthre. La plupart des chirurgiens de nos jours, conservant les théories médicales les plus absurdes, attribuent cette maladie à l'on ne sait quelle disproportion entre l'exhalation de la synovie et l'absorption destinée à ramener l'excédant de cette liqueur dans le torrent de la circulation. L'atonie du système synovial leur semble en être encore la cause la plus or-

dinaire ; mais des erreurs de ce genre ne méritent plus d'être sérieusement réfutées. L'hydropisie des articulations est le résultat de l'inflammation aiguë ou chronique des membranes synoviales ; elle ne constitue qu'un symptôme ou un effet de l'irritation de ces organes. Les écrivains qui, à l'exemple de Boyer, ont considéré la présence de la sérosité comme la circonstance principale de la maladie, et qui ont attribué à l'altération de ce liquide et à sa décomposition les accidens qui surviennent plus tard, sont tombés dans une étrange et grossière erreur. C'est, en effet, la phlogose plus ou moins intense de la membrane qui détermine l'exhalation plus abondante de la synovie ; c'est cette phlogose qui, modifiant les actions vitales, rend le liquide plus ou moins différent de ce qu'il doit être ; c'est cette inflammation enfin, qui, se perpétuant dans les tissus, et faisant incessamment de nouveaux progrès, altère leur texture, les désorganise, et produit ces destructions étendues et profondes qui caractérisent l'ARTHROCACE portée au plus haut degré. L'hydrarthre affecte plus fréquemment les sujets blancs et lymphatiques, que ceux dont le système sanguin présente une grande énergie, parce que, chez les premiers, l'irritation est presque toujours moins violente que chez les autres, et qu'elle détermine plus facilement l'augmentation d'action des vaisseaux chargés de l'élaboration des fluides blancs.

Toutes les causes irritantes peuvent provoquer dans les articulations diarthrodiales un degré de stimulation susceptible d'y occasioner une hydropisie. La plupart des phlegmasies articulaires produisent cet effet. L'habitation des lieux bas et humides ; l'action vive et brusque du froid et de l'humidité sur les jointures ; les grandes fatigues, les exercices violens, les entorses, les contusions et les blessures des articulations ; la présence, dans les cavités synoviales, de corps étrangers cartilagineux ou osseux ; telles sont quelques-unes des causes les plus ordinaires de l'hydrarthre. Les nuances de l'arthrite aiguë et chronique auxquelles on a donné le nom de rhumatisme, déterminent fréquemment son apparition. Chez quelques sujets, la syphilis, chez d'autres, l'usage immodéré du mercure, ont souvent produit cette maladie. Enfin, les brusques suppressions des dartres, des érysipèles et surtout des inflammations urétrales, sont assez fréquemment suivies de son développement plus ou moins rapide.

Les articulations affectées d'hydropisie sont le siége d'une tuméfaction molle, fluctuante, circonscrite par la membrane synoviale, et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur ne fait pas une saillie égale sur tous les points de la jointure; elle se prononce spécialement aux endroits où la

capsule articulaire, libre de toute gêne et de toute compression, peut aisément se dilater. Ainsi, lorsque la maladie affecte l'articulation du pied avec la jambe, on aperçoit latéralement, derrière, et surtout au-devant des malléoles, deux tumeurs oblongues, dont la nature est assez facile à reconnaître. Au poignet, le liquide distend les parties antérieure et postérieure de la capsule, dont les côtés demeurent dans leur état normal. L'hydrarthre du coude occasione, en arrière, sur les parties latérales de l'olécrâne, deux saillies oblongues et fluctuantes. A l'épaule, la membrane séreuse articulaire, dilatée, écarte l'un de l'autre les muscles grand - pectoral et deltoïde, de manière à former une tuméfaction plus ou moins considérable en avant. Enfin, au genou, c'est sur la partie antérieure de l'articulation que la collection synoviale semble exclusivement se diriger. Dans cet endroit, la capsule est large, mince, sans appui, et peut aisément se dilater à mesure que l'épanchement fait des progrès. D'abord arrêtée par les attaches de l'enveloppe séreuse articulaire, la tumeur s'étend graduellement en haut et en bas, et prend une forme irrégulière; Boyer l'a vu recouvrir le tiers inférieur de la cuisse. Elle est divisée, par la rotule, son ligament et le tendon des muscles extenseurs de la jambe, en deux parties inégales, dont l'interne, plus large, est aussi plus volumineuse que l'externe. La synovie éloigne, avec la partie antérieure de la capsule, la rotule elle-même du centre de l'articulation; lorsqu'on exerce sur cet os un effort perpendiculaire à sa surface, et dirigé d'avant en arrière, on le voit s'enfoncer, sans résistance, jusqu'à la face antérieure de la poulie fémorale, qui lui correspond. Ce mouvement est toujours accompagné de la tension et de la saillie plus considérable des tumeurs latérales, qui reçoivent le liquide refoulé par la dépression de l'os; mais à peine cette action est-elle interrompue, qu'il reprend la situation que lui donne l'épanchement.

Quelle que soit l'articulation affectée d'hydropisie, il importe d'apporter une grande attention pour bien apprécier la fluctuation qu'elle présente. On doit, pour cela, placer le membre dans une telle situation, que la région occupée par la tumeur soit complétement relâchée. En faisant exécuter un mouvement opposé, on voit cette tumeur se tendre et se durcir, en même temps qu'elle s'élargit. C'est ainsi qu'à l'articulation du genou, la flexion de la jambe rend les bourrelets qui environnent la rotule plus élevés, relativement à cet os, qui s'enfonce vers le fémur, par la tension de son ligament et des muscles auxquels il sert d'attache.

L'hydrarthre peut être aiguë ou chronique, suivant que la phlogose qui la détermine est elle-même violente et rapide

dans sa marche, ou lente et peu intense. Dans le premier cas, la tuméfaction est chaude, douloureuse, les mouvemens de la jointure sont difficiles, souvent même impossibles; dans le second, le membre se meut avec d'autant plus de gêne, que le désordre articulaire est plus grand. Ainsi, lorsque la capsule synoviale est seule affectée, les mouvemens n'éprouvent, en général, que de faibles obstacles. Cependant la jointure perd toujours de sa solidité; souvent les ligamens latéraux se relâchent, et permettent l'exécution des mouvemens qu'ils sont destinés à empêcher. Enfin, quand l'érosion des cartilages et la carie des extrémités osseuses surviennent, aux phénomènes de l'hydrathre s'ajoutent ceux de ces lésions nouvelles, et le membre ne saurait exécuter aucune de ses fonctions.

Il est quelquefois assez difficile de distinguer l'hydrarthre, soit des infiltrations séreuses du tissu cellulaire à demi-fibreux qui entoure les articulations, soit de l'épaississement fongueux et du ramollissement de la membrane synoviale. Cependant le diagnostic ne saurait être long-temps douteux; car, dans le cas de gonflement œdémateux, la tumeur est sous-cutanée, non circonscrite, et recouvre les saillies osseuses, tandis que les collections synoviales présentent des caractères opposés. Quelle que soit l'apparence de fluctuation que présentent les dégénérescences fongiformes des membranes séreuses articulaires, les tuméfactions de ce genre ne sont ni aussi molles, ni aussi mobiles que celles que détermine la synovie, et l'on ne saurait y sentir aussi distinctement le flot du liquide pressé sous les doigts. Au genou, des tumeurs enkystées, placées entre le fémur et le tendon des muscles extenseurs de la jambe, ont été quelquefois considérées comme des collections synoviales; il en est de même de certaines tuméfactions du même genre placées au-devant de la rotule; mais les praticiens attentifs ne tomberont jamais dans des erreurs de ce genre : il suffit d'en connaître la source pour les éviter sûrement.

La synovie, accumulée dans les articulations, varie en quantité et en qualité. Dans les cas ordinaires, l'articulation du genou renferme depuis trois ou quatre onces de liquide jusqu'à dix à douze onces. Il n'est pas très-rare cependant de voir la capsule séreuse contenir jusqu'à une livre et demie ou deux livres de synovie. Schlichting a vu la membrane articulaire se dilater à un tel point, que sa rupture et l'épanchement du liquide entre les muscles de la cuisse, en furent la suite. Chez les sujets où la maladie est récente et simple, la synovie conserve sa limpidité, sa transparence et le degré de viscosité qui lui est naturel. Lorsque l'irritation est très-violente, une exhalation sanguine se fait assez souvent dans la jointure, et

le liquide paraît jaunâtre, brun ou même noir. Enfin, les inflammations anciennes, et qui ont déterminé l'ulcération de la membrane, l'érosion des cartilages, ou même la carie des os, provoquent la sécrétion d'un liquide épais, grisâtre, entremêlé de concrétions albumineuses et d'une odeur souvent désagréable et fétide. A l'examen des parties, on trouve tantôt la membrane synoviale à peine rouge, et plus dense que dans l'état normal; tantôt, au contraire, et ce cas est le plus ordinaire, elle est brunâtre, épaissie, érodée, recouverte de couches albumineuses plus ou moins épaisses. Dupuytren a vu la face interne articulaire parsemée, de toutes parts, de pelotons d'apparence celluleuse, inégaux par leur forme et leur volume, supportés par des pédicules assez étroits, et d'où l'on faisait aisément sortir, par la pression, une liqueur visqueuse, filante, rougeâtre et semblable à celle qui remplissait l'articulation. Aux altérations de la membrane synoviale se joignent fréquemment la phlogose et la désorganisation des cartilages, des tissus fibreux, ou même des os.

L'hydrarthre est toujours une maladie grave. Si, à la suite des inflammations articulaires aiguës, et des suppressions d'exanthèmes ou d'écoulemens urétraux, la collection, formée avec rapidité, se dissipe ordinairement avec une égale promptitude, elle laisse cependant presque toujours dans les parties une faiblesse évidente et une disposition manifeste à contracter de nouveau la même affection. Les hydrarthres chroniques sont très-difficiles à dissiper par les moyens médicinaux et par les applications locales; une raideur plus ou moins considérable du membre leur succède, chez le plus grand nombre de sujets, et quand, ce qui est le plus fréquent, la maladie résiste à tous les efforts de l'art, les opérations qu'il convient de lui opposer sont loin d'être constamment suivies de résultats heureux. Du reste, le pronostic doit varier suivant l'ancienneté ainsi que le degré de complication de la maladie, et suivant l'âge, le tempérament et les forces du sujet. Lorsque les parties articulaires internes sont profondément altérées, l'amputation seule peut soustraire le sujet au danger qui le menace.

Le traitement de l'hydrarthre consiste surtout à combattre la phlogose qui est la cause immédiate de la maladie. Cette inflammation est-elle aiguë, comme dans les cas de rhumatisme articulaire, ou à la suite des contusions, des blessures ou de l'impression du froid, il convient, suivant son degré de violence, ainsi que l'âge et les forces du sujet, d'employer les saignées générales et locales, les applications émollientes, une diète sévère, et de faire garder au malade un repos absolu.

Les boissons délayantes et les topiques anodins produisent toujours alors de bons effets. Si la maladie était due à la suppression d'un exanthême ou d'un écoulement hémorragique, il faudrait, en même temps que l'on combat l'irritation locale, chercher à rappeler la stimulation sur les parties primitivement affectées. Dans les cas de syphilis, l'administration du mercure est souvent indiquée. Nous avons dissipé, par ce moyen, deux hydrarthres des articulations fémoro-tibiales, avec autant de facilité que s'il s'était agi de tout autre accident syphilitique. Lorsque l'on croit, enfin, que l'épanchement de la synovie est dû à la présence d'un corps étranger qui irrite l'intérieur de la jointure, il faut absolument procéder à son extraction, aussitôt que l'on a combattu, à l'aide des antiphlogistiques, les accidens inflammatoires trop intenses qui peuvent exister.

Si ces moyens sont insuffisans, et que l'hydrarthre persiste, quoique les phénomènes les plus saillans de la phlogose aient disparu, on emploie avec succès les applications irritantes sur la jointure. Il ne faut pas oublier, toutefois, que la plupart des chirurgiens imbus de cette erreur, que le système lymphatique absorbant frappé d'atonie est la cause prochaine de l'hydropisie articulaire, font un usage trop rapide et trop exclusif des substances stimulantes. On doit insister plus longtemps qu'ils ne le recommandent sur le repos, les applications émollientes et les antiphlogistiques généraux. Une compression douce et constante, exercée sur l'articulation au moyen d'une pièce de toile neuve lacée sur le côté, a souvent produit de salutaires effets. Lorsqu'enfin la douleur et la chaleur sont entièrement dissipées, on peut recourir aux fomentations spiritueuses et aromatiques, aux fumigations, aux douches froides ou chaudes avec les eaux minérales sulfureuses ou alcalines, aux frictions sèches, et à celles qui sont faites, soit avec les linimens camphrés ou ammoniacés, soit avec le baume de Fioraventi ou la teinture de cantharides, aux sachets excitans et aromatiques et à plusieurs autres moyens du même genre, dont on varie l'emploi suivant la violence et la ténacité de la maladie. Lorsqu'elle résiste, les vésicatoires volans, promenés sur toute la circonférence de l'articulation, les larges applications rubéfiantes, telles que celles que l'on obtient à l'aide des sinapismes ou des cataplasmes faits avec la renoncule des prés pilée et réduite en une pulpe épaisse, les moxa et même les cautérisations ont procuré, dans quelques circonstances, des guérisons inespérées. Les remèdes internes, tels que les sudorifiques, les hydragogues, les diurétiques, ne sont d'aucune utilité réelle dans le traitement de l'hydrarthre. On

ne doit recourir aux purgatifs que quand le canal digestif étant libre de toute phlogose, il semble utile d'établir sur lui une révulsion plus ou moins forte.

Le traitement le plus méthodique et le plus actif étant encore demeuré sans succès, il ne reste plus qu'à donner issue au liquide épanché. Cette opération étant fréquemment suivie d'accidens inflammatoires très-graves, on ne doit y recourir que quand il n'existe pas de désorganisation profonde dans l'articulation, et lorsque, par cette raison, le sujet est placé dans des conditions favorables à la réussite. L'ouverture de la capsule synoviale et la pénétration de l'air dans la jointure seraient inutiles et même nuisibles, si la membrane articulaire était devenue fongueuse, et si les cartilages ou les os présentaient des érosions et des caries étendues. Mais comme il est ordinairement impossible de connaître jusqu'à quel point les parties sont altérées, l'ouverture de l'articulation peut être pratiquée avec d'autant plus de raison, dans la plupart des cas où la maladie est étendue et occasionne de graves accidens, que, si elle ne réussit pas, on peut encore recourir, soit à la résection des os, soit à l'amputation du membre.

La ponction à l'aide du trois-quarts, l'incision et le séton, ont été proposés pour exécuter cette opération. Le premier de ces procédés présente l'inconvénient grave de procurer une ouverture trop petite, qui se ferme promptement, et que l'on est quelquefois obligé d'agrandir, afin de donner issue aux nouvelles quantités de liquides qui sont presque toujours sécrétées après la première évacuation. Le danger de la pénétration de l'air dans la jointure est moins grand que ne le croyaient nos prédécesseurs, et l'expérience a démontré que les piqûres sont plus facilement suivies de violentes inflammations articulaires que les incisions. Celles-ci, d'ailleurs, peuvent être, au gré du chirurgien, réunies immédiatement ou entretenues béantes, de manière à remplir toutes les indications. Quant au séton, il réunit au danger d'une double piqûre celui qui est inséparable de la présence d'un corps étranger dans la jointure. Il n'est pas douteux que des phlegmasies intenses seraient le résultat de son emploi; aussi n'a-t-il presque jamais été mis en usage, et nous n'hésitons pas même à le proscrire entièrement de la pratique, dans le cas qui nous occupe.

Pour exécuter, soit la ponction, soit l'incision d'une articulation, le membre doit être situé de manière à ce que le point de la capsule qui doit être divisé soit dans un relâchement complet. C'est sur l'endroit le plus saillant de l'articulation qu'il convient de porter l'instrument. Afin de rendre cette saillie plus considérable encore, un aide appuie sur les

autres parties de la jointure, et pousse le liquide vers le lieu marqué par le chirurgien. Celui-ci tire les tégumens de l'un ou de l'autre côté avec la main gauche, et de la droite il plonge le trois-quarts dans la tumeur, ou il incise ses parois d'un seul coup avec un bistouri droit. Si l'on fait usage du premier de ces instrumens, il faut le conduire obliquement dans les parties, afin d'éloigner sa pointe des cartilages et des os. Chaussier recommande d'inciser d'abord la peau et de plonger ensuite le trois-quarts dans la capsule articulaire; mais ce procédé, qui a pour objet de rendre plus facile la pénétration de l'instrument, ne présente aucun avantage réel sur la simple incision de toutes les parois de la tumeur. Si l'on préfère celle-ci, elle doit être de médiocre étendue : il y aurait des inconvéniens égaux à la faire ou trop grande ou trop petite. Un passage étant ouvert au liquide, on favorise sa sortie à l'aide de pressions douces exercées sur toute la circonférence de l'articulation. L'évacuation étant achevée, la peau doit être abandonnée à elle-même, de manière à ce qu'elle recouvre la plaie faite à la capsule. Si la maladie était récente, et que la reproduction du liquide ne parut pas vraisemblable, il conviendrait de réunir immédiatement la solution de continuité; dans le cas contraire, on se contentera de la recouvrir d'une compresse fenêtrée, enduite de cérat et d'un plumasseau de charpie sèche. Quelques compresses trempées dans une liqueur émolliente et résolutive, et un bandage médiocrement serré compléteront l'appareil. Le traitement consécutif ne diffère pas de celui que réclament les plaies pénétrantes des articulations et les arthrites aiguës. Si les bords de la plaie étaient agglutinés, et que la collection synoviale se renouvelât, il faudrait rompre les adhérences encore molles, et ouvrir au liquide un libre passage. Dans les cas où l'inflammation articulaire donne lieu à la sécrétion d'un pus de mauvaise nature, on a porté avec succès, dans la cavité synoviale, des injections avec l'eau d'orge miellée. On a même fait usage alors d'une dissolution d'acétate de plomb avec addition d'un dixième de tafia camphré; mais nous ne pensons pas qu'il soit jamais utile de recourir à des substances aussi irritantes, et plus propres à aggraver l'inflammation qu'à la combattre. Si, après l'ouverture de la membrane synoviale, on voit la suppuration diminuer graduellement de quantité, devenir visqueuse, et prendre les caractères de la synovie, le succès paraît assuré. Des pansemens doux, une compression modérée, un repos absolu favorisent la guérison, qui n'a jamais lieu sans laisser après elle une ANKYLOSE imparfaite, qu'il faut s'efforcer ensuite de dissiper. Mais lorsque la matière qui s'écoule de la plaie est abondante, grisâtre, sanieuse; qu'une petite fièvre

agite habituellement le sujet, dont les forces et l'embonpoint diminuent avec rapidité, il est évident que l'articulation est le siége d'une inflammation chronique incurable, ou même d'une désorganisation profonde, et l'amputation du membre peut seule conserver la vie du malade.

HYDRATE, s. m., *hydras;* composé d'eau et d'un oxide métallique.

La plupart des oxides métalliques sont susceptibles d'absorber une certaine quantité d'eau, qu'ils solidifient, et avec laquelle ils forment des composés doués de propriétés particulières.

HYDRENTÉROCÈLE, s. f., *hydrenterocele;* tumeur formée par une hernie scrotale entérocèle, compliquée d'un amas de sérosité dans le sac herniaire, la tunique vaginale, ou le tissu cellulaire du scrotum.

HYDRIODATE, s. m., *hydriodas;* sel formé par la combinaison de l'acide hydriodique avec une base salifiable.

Tous les hydriodates sont solubles dans l'eau. Le chlore les décompose, s'empare de l'hydrogène, et met l'iode à nu. Le nitrate d'argent les précipite tous en blanc, et le précipité, composé d'iode et d'argent, ne se dissout pas dans l'ammoniaque. On n'en trouve qu'un seul dans la nature; c'est l'hydriodate de potasse, qui fait partie des varecs dont on retire la soude de Cherbourg. Aucun n'est employé.

HYDRIODATE IODURÉ, s. m.: hydriodate qui contient de l'iode en dissolution.

Tous les hydriodates dissolvent de l'iode, qu'ils retiennent avec peu de force, puisqu'il suffit de l'ébullition, ou même de la simple exposition à l'air, pour la leur faire abandonner.

Les hydriodates iodurés sont tous d'un rouge brun foncé. Aucun n'est employé.

HYDRIODIQUE, adj., *hydriodicus;* nom d'un acide gazeux, incolore, très-sapide, d'une odeur suffocante, qui rougit fortement la teinture de tournesol, éteint tout à coup les corps en combustion, et répand des vapeurs blanches à l'air libre.

L'acide hydriodique est composé de 100 parties d'iode et de 0,783 d'hydrogène. Sa densité est de 4,4288. L'eau l'absorbe avec rapidité. La chaleur rouge le décompose en partie, quand il est pur, en totalité, lorsqu'il est mêlé d'hydrogène.

On ne l'a encore trouvé que dans les varecs et les éponges, où il est combiné avec la potasse. Il ne sert à rien.

HYDROCÈLE, s. f., *hydrocele;* tumeur formée par une accumulation de sérosité dans quelqu'une des enveloppes du testicule ou du cordon des vaisseaux spermatiques. Ordinairement divisée en hydrocèle par infiltration et en hydrocèle

par épanchement, cette maladie présente trois variétés distinctes, et qui doivent être désignées sous les noms d'hydrocèle diffuse ou par infiltration, d'hydrocèle par épanchement ou de la tunique vaginale, et d'hydrocèle enkystée, c'est-à-dire contenue dans une cavité accidentelle, soit du cordon testiculaire, soit du scrotum lui-même.

L'*hydrocèle diffuse* est idiopathique ou symptomatique. La première est assez fréquente chez les enfans nouveau-nés, et dépend, soit de la pression que le scrotum a éprouvée pendant la parturition, soit de l'irritation à laquelle cette partie est exposée par le contact habituel de l'urine. L'infiltration séreuse et idiopathique des bourses a souvent lieu aussi chez les vieillards. Elle est alors le résultat de la flaccidité du scrotum, de l'action irritante exercée sur lui par l'urine, et des frottemens continuels qu'il éprouve entre les cuisses, ou contre des vêtemens de laine, durant la marche. C'est par un mécanisme semblable que se développe cette affection chez les sujets que des fractures des vertèbres ou d'autres maladies analogues obligent de garder long-temps le lit, et dont le scrotum est maintenu dans un état constant de laxité et de macération par la chaleur, la sueur et des évacuations abondantes et involontaires. On peut à peine donner le nom de maladie à l'empâtement des bourses que produit l'application des cataplasmes émolliens sur cette partie. L'hydrocèle symptomatique et par infiltration est presque toujours l'effet de l'hydropisie ascite ou enkystée; elle accompagne l'anasarque, et toutes les maladies susceptibles de déterminer cette affection peuvent également la produire.

Une tumeur molle, pâteuse, conservant l'impression du doigt, et s'étendant à tout le scrotum, caractérise l'hydrocèle diffuse. Portée à un haut degré, elle efface toutes les rides que forment les tégumens des bourses, et rend ceux-ci minces et luisans; le raphé seul persiste, et divise le scrotum tuméfié en deux parties égales. La sérosité occupe tout le tissu cellulaire compris entre la peau et la tunique vaginale, de telle sorte que, quand elle est abondante, il est impossible de distinguer les unes des autres les diverses membranes placées au milieu d'elle. Symptomatique, la tumeur est ordinairement pâle, froide, comme transparente; idiopathique, et déterminée par l'irritation de la partie, elle est plus ou moins rouge, chaude et douloureuse. Son volume, sa tension et sa pesanteur varient suivant la quantité de liquide infiltré. Quelquefois la verge disparaît au milieu du développement des bourses, et quand les tégumens participent à la maladie, elle se gonfle, et semble se contourner sur elle-même, par les plis que forme la peau qui la recouvre.

Lorsqu'elle est idiopathique, l'hydrocèle diffuse ne constitue pas une maladie grave. Eloigner les causes qui l'ont provoquée, et favoriser la résolution du liquide infiltré, telles sont les indications curatives qu'elle présente. Des soins de propreté, chez les enfans; chez les vieillards, l'usage habituel d'un suspensoir; quelques applications résolutives et astringentes, telles que celle de compresses trempées dans l'eau de chaux aiguisée d'alcool, ou dans le vin rouge bouilli avec des roses de Provins; des fumigations de fleurs de benjoin ou de vinaigre, tels sont les moyens qu'il convient ordinairement d'employer. Si la tumeur était accompagnée de douleurs, de rougeur et de gonflement inflammatoire, il serait indispensable de faire précéder ce traitement d'applications émollientes susceptibles de calmer la vive irritation du scrotum. Il est presque constamment inutile de recourir à aucune opération chirurgicale, la nature faisant aisément les frais de la guérison, toutes les fois que la cause du mal est détruite.

Dans les infiltrations séreuses symptomatiques, c'est sur l'affection qui les détermine que l'attention du chirurgien doit être spécialement dirigée. Cependant, lorsque le scrotum est distendu outre mesure, on a recommandé d'ouvrir au liquide une issue au dehors. Les scarifications, dont les praticiens ont fait long-temps usage dans ce cas, entamaient profondément les parties latérales du scrotum, sur les côtés du raphé, et devaient avoir une étendue proportionnée au volume de la tumeur. Elles procuraient, il est vrai, un dégorgement rapide; mais l'inflammation qui s'emparait des parties divisées était fréquemment suivie de la gangrène et de la destruction des tégumens, ainsi que du tissu cellulaire. Ce grave inconvénient, auquel on tentait presque toujours vainement de remédier, au moyen de fomentations avec les liqueurs stimulantes, et de l'application sur les plaies du styrax et de l'onguent égyptiac, a fait abandonner les incisions pour les mouchetures, que les praticiens préfèrent généralement. Celles-ci, exécutées avec la pointe de la lancette, ne doivent entamer que l'épiderme et la surface du derme. Il faut les multiplier autant que l'exige le volume de l'hydrocèle; mais il convient de les écarter les unes des autres, et de ne les pratiquer que quand les tégumens sont exempts de toute inflammation érysipélateuse, afin de prévenir le développement d'une phlogose trop vive, dont la gangrène pourrait être le résultat. Les mouchetures ne provoquent qu'une évacuation toujours lente, et leur oblitération étant facile, il est souvent nécessaire de les réitérer; mais elles sont sans danger. Après leur exécution, des linges secs, fins et propres suffisent pour le pansement, qu'il faut renouveler toutes les fois que la sérosité a imbibé l'appareil. Si quelques

petites plaies suppurent, il convient de les couvrir de compresses enduites de cérat. Les vésicatoires, que l'on a proposé d'appliquer sur le scrotum infiltré, agissent plus lentement encore que les mouchetures, et sont, aussi souvent que les scarifications, suivis de la gangrène des parties; ils n'ont jamais été adoptés par un grand nombre de praticiens. Il n'en est pas entièrement de même des ventouses, qui, placées sur les mouchetures, hâtent singulièrement l'évacuation de la sérosité, et peuvent être utiles toutes les fois qu'il importe de procurer un prompt dégorgement des tissus.

Il ne faut pas oublier que, dans les hydrocèles diffuses symptomatiques, les opérations chirurgicales ne peuvent rien pour la guérison de la maladie : elles ne sauraient empêcher la sérosité de se renouveler à mesure qu'on l'évacue. Il ne faut donc recourir à cette évacuation que quand le volume énorme de la tumeur menace de faire rompre les tégumens, et, comprimant l'urètre, occasione la rétention de l'urine. Jusque-là l'usage des suspensoirs, les soins de propreté, l'application de linges ou de flanelles chauds et secs ou trempés dans quelque liqueur résolutive, suffit pour retarder les progrès de la tuméfaction, et pour éloigner les accidens qu'elle détermine.

L'hydrocèle de la tunique vaginale est plus commune chez les enfans et chez les vieillards que chez les sujets adultes. Occasionée par l'irritation de la membrane séreuse du testicule, elle est fréquemment le résultat des contusions du scrotum, ou des secousses et des froissemens auxquels cette partie est exposée lorsque l'on monte habituellement à cheval. Il est vrai de dire, toutefois, qu'elle se manifeste souvent sans que le malade ait remarqué aucune circonstance susceptible d'avoir produit ce résultat. Suivant que la tunique vaginale communique encore avec la cavité du péritoine, ou se trouve entièment séparée d'elle par l'oblitération de son collet, on dit que l'hydrocèle qui nous occupe est *congéniale* ou *accidentelle*. Cette dernière est beaucoup plus commune que l'autre.

Chez les sujets adultes, la tunique vaginale forme une cavité sans ouverture, à la partie postérieure et supérieure de laquelle on aperçoit le testicule, recouvert lui-même par une portion de la membrane qui se réfléchit sur lui. Que dans une poche ainsi disposée s'épanche une certaine quantité de liquide, ses parois se porteront de toutes parts du centre à la circonférence; et comme le testicule est adhérent en arrière, en dedans et en haut du sac, il se trouvera naturellement fixé à la partie postérieure, intérieure et supérieure de la collection : ses faces latérales, son bord antérieur et ses extrémités seront seuls baignés par le liquide. Telle est la situation où

l'on trouve en effet, le plus ordinairement, l'organe sécréteur du sperme dans l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Cette affection donne lieu à une tumeur lisse, égale, molle et fluctuante, sans changement de couleur à la peau, qui reste mince et mobile à sa surface. Née du fond des bourses, et se rapprochant graduellement de l'anneau inguinal, cette tumeur est pyriforme, plus large en bas qu'en haut. D'une pesanteur spécifique à peu près égale à celle de l'eau, transparente à la lumière, excepté à l'endroit que le testicule occupe, elle n'éprouve aucune variation dans son volume ou dans sa consistance, soit par les efforts auxquels se livre le malade, soit par les situations diverses du tronc, soit enfin par l'action du froid ou de la chaleur sur le scrotum. A mesure qu'elle devient plus volumineuse, l'hydrocèle de la tunique vaginale efface les rides des bourses, attire à elle les tégumens de la verge, et présente une fluctuation d'autant moins sensible que la membrane séreuse éprouve une distension plus considérable. Chez la plupart des sujets, la tumeur est indolente et les pressions exercées sur elle n'occasionent aucune sensation pénible. Quelquefois, cependant, la collection étant volumineuse, et le testicule éprouvant une forte compression, en même temps que le cordon est tiraillé, il arrive que des douleurs habituelles se font sentir, et que les plus légers attouchemens deviennent insupportables.

A ces phénomènes, il est ordinairement facile de reconnaître l'hydrocèle de la tunique vaginale; mais la tumeur que laisse cette maladie est susceptible de présenter des modifications nombreuses, relatives à sa forme, à son volume, à la nature du liquide épanché, aux états divers du testicule ou de ses enveloppes, enfin, aux lésions qui compliquent assez souvent l'affection principale. Il importe que ces particularités soient connues du praticien, afin qu'il ne se laisse tromper par aucune d'elles, et que, reconnaissant toujours l'hydrocèle, il puisse lui opposer les moyens les plus méthodiques et les plus efficaces.

La tunique vaginale cède quelquefois plus dans certains points que dans d'autres, ou des bandages mal faits, gênant son développement, la portent dans diverses directions : il résulte toujours de ces circonstances une altération plus ou moins grande de la forme de la tumeur, et un changement de situation du testicule. Ainsi, que l'hydrocèle s'agrandisse aux dépens des côtés de la tunique vaginale, la tumeur s'allongera dans ce sens, et le testicule, entraîné du côté opposé, se rapprochera de la partie antérieure du sac. Que le scrotum soit contenu par un bandage trop profond, la collection du liquide ne pouvant s'allonger se développera transversalement, et le testicule, entraîné en bas et successivement en

avant, viendra se présenter à l'opérateur. Enfin, que la tunique vaginale, distendue outre mesure, s'éraille dans quelques endroits, on la verra former une tumeur bosselée, inégale, qu'à raison de sa dureté l'on prendrait aisément pour un sarcocèle, si sa transparence et sa légèreté n'éclairaient le diagnostic. La situation elle-même de l'hydrocèle n'est pas constante : ordinairement séparée de l'anneau inguinal par un espace égal à la longueur du cordon des vaisseaux spermatiques, elle se rapproche du ventre chez les enfans, qui conservent une partie du canal séreux placé entre la tunique vaginale et le péritoine, et, ainsi que chez les adultes, le cordon testiculaire est court et résistant. On observe assez souvent, même chez les sujets âgés, à la partie supérieure de la tunique vaginale, une sorte d'appendice digital, qui se prolonge plus ou moins haut dans l'épaisseur du cordon, et que le liquide de l'hydrocèle distend avec rapidité. Lorsque l'hydrocèle est parvenue jusqu'à cet appendice, elle semble former une seconde tumeur au-dessus de la première, dont elle est séparée par un rétrécissement plus ou moins marqué. La tunique vaginale, dilatée et rapprochée de l'anneau du muscle oblique interne, agit quelquefois sur cette ouverture, affaiblit son contour, et pénètre, à travers le canal inguinal, jusque dans l'abdomen, où elle se développe de nouveau. Dupuytren a vu des cas de ce genre où la moitié de l'hydrocèle était au dehors, et l'autre dans le ventre. Chez les sujets qui présentent cette disposition, la maladie pourrait être confondue avec une hernie inguinale, et ce qui contribuerait à rendre ce diagnostic probable, c'est que la tension de la tumeur inférieure augmente, à chaque effort du malade, par la compression que supporte la partie abdominale de l'hydrocèle. Mais la transparence de la tumeur, sa légèreté, l'impossibilité de la réduire, quoique l'anneau soit libre et dilaté, enfin l'absence de tous les accidens qui accompagnent les hernies anciennes, telles sont les circonstances qui peuvent mettre le praticien à l'abri d'une erreur, toujours peu dangereuse, puisque l'opération de la hernie, appliquée à l'hydrocèle, ne saurait avoir de graves inconvéniens.

Le volume de la tumeur formée par l'épanchement de la sérosité dans la tunique vaginale, augmente avec d'autant plus de rapidité, que, d'une part, l'exhalation morbide est plus active, et, que de l'autre, la membrane oppose moins de résistance à l'action du liquide qui la distend. Or, ces deux conditions varient singulièrement, suivant les sujets, et il n'est pas rare de trouver des hydrocèles récentes dont le volume est considérable, tandis que d'autres, déjà anciennes, sont encore fort petites. Ces modifications n'exercent heureusement aucune

influence sur le diagnostic de la maladie. Il n'en est pas de même de la nature du liquide épanché. Lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une vive inflammation de la tunique vaginale, l'hydrocèle ne contient qu'une sérosité citrine, d'une limpidité et d'une transparence parfaites. A la suite des fortes contusions du scrotum, l'exhalation d'une certaine quantité de sang rend le liquide rougeâtre, ou même de couleur brune ou noire. Des caillots fibrineux, ou une sorte de bouillie semblable à la lie de vin, sont quelquefois la suite des altérations que le sang a éprouvées dans la tumeur. Enfin, lorsque la tunique vaginale est le siége d'une inflammation chronique ancienne, la matière qui la remplit est ordinairement épaisse, purulente, visqueuse et d'une consistance semblable à celle du miel. Ces altérations ont pour effet de rendre impossible la transparence, et réduisent les signes de la maladie à la forme de la tumeur, à la manière dont elle s'est développée, et à la fluctuation qu'elle présente.

Les affections dont la tunique vaginale peut être le siége, déterminent des résultats analogues. Ordinairement amincie et pâle, cette membrane devient assez souvent épaisse, fibreuse, et présente, à sa face interne, soit des fongosités rougeâtres; soit des ulcères plus ou moins larges et profonds. On l'a trouvée, chez quelques sujets, de consistance fibro-cartilagineuse, ou même parsemée de plaques osseuses, variables pour leur épaisseur et pour leur consistance. Ces altérations de texture ont plus souvent leur siége dans le tissu cellulaire extérieur à la membrane, que dans le feuillet séreux proprement dit; mais elles rendent la tumeur opaque, solide, non fluctuante, et peuvent jeter sur le diagnostic une impénétrable obscurité. C'est encore à l'inflammation de la tunique vaginale qu'il faut rapporter l'organisation de ces membranes anormales qui divisent, dans quelques cas, la cavité de l'hydrocèle en un plus ou moins grand nombre de loges, indépendantes les unes des autres, ou communiquant entre elles.

C'est par une erreur peu digne de réfutation que l'on a attribué à la macération les altérations que le testicule présente assez fréquemment dans les hydrocèles anciennes; comme si cet organe n'était pas toujours lubréfié par la sérosité, et comme si les tissus vivans éprouvaient des altérations semblables à celles qui auraient lieu sur des parties mortes soumises à l'action des corps inertes. Lorsque l'hydrocèle devient volumineuse, le testicule est comprimé par la tunique vaginale, en même temps que celle-ci, tiraillée dans tous les sens, tend à se déployer entièrement, et, par conséquent, à abandonner l'organe sur lequel elle se réfléchit. Il résulte de cette double action un affaiblissement et un élargissement considérables

de l'organe, qui finit par ne plus faire qu'une très-légère saillie dans la tunique vaginale. Lorsque, dans cet état, le testicule s'irrite, son volume augmente; il forme tantôt une tumeur molle et indolente, tantôt un corps solide, douloureux et irrégulier. Cette dernière altération accompagne ordinairement les hydrocèles qui succèdent à des contusions profondes, et dépend manifestement de l'inflammation chronique de l'organe.

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut être compliquée, soit d'une hydrocèle enkystée du cordon testiculaire, soit du cirsocèle, soit, enfin, de la hernie inguinale. Lorsque deux collections séreuses existent en même temps, d'abord éloignées l'une de l'autre, on les voit se rapprocher, se confondre souvent; la collection formée dans la tunique vaginale passe au-devant de l'autre, et la recouvre. Dans un état avancé de la maladie, il est quelquefois difficile de reconnaître les deux collections; mais, en vidant l'une des poches, la seconde apparaît avec tous ses caractères, et ne peut plus être méconnue. L'existence d'un cirsocèle médiocre, en même temps que l'hydrocèle remplit la tunique vaginale, est une complication peu importante. Les veines variqueuses, rapprochées en haut, se disséminent en bas sur toute la circonférence de la poche, et l'on peut aisément les éviter avec le trois-quarts. Enfin, la hernie inguinale, descendant de l'abdomen en même temps que l'hydrocèle, se porte vers cette cavité, et glisse presque toujours au-devant de cette dernière. Les enveloppes adossées de l'une et de l'autre peuvent se rompre, et les viscères s'étrangler dans l'ouverture de communication. Avant d'opérer des hydrocèles aussi compliquées, il faut réduire la hernie, et la contenir avec soin, afin d'empêcher l'inflammation de la tunique vaginale de s'étendre jusqu'au voisinage. Lorsque l'on opère, au contraire, une hernie inguinale, qui existe en même temps que l'hydrocèle, il faut étendre l'incision du sac herniaire jusqu'à la membrane séreuse du testicule : on réunit, de cette manière, les opérations que réclament les deux maladies. *Voyez* INGUINAL.

On distinguera toujours l'hydrocèle du sarcocèle, à la pesanteur moins considérable de la tumeur, à sa fluctuation, à sa transparence, à la manière dont elle s'est développée, et à l'absence des douleurs lancinantes qui accompagnent toujours les cancers avancés du testicule.

Il résulte de l'étude attentive des variétés et des complications dont l'hydrocèle est susceptible, que la circonstance principale sur laquelle doit se fixer l'attention du praticien, est la transparence de la tumeur. Pour bien observer ce phénomène, il faut faire mettre le scrotum entre une vive lumière et l'œil de l'observateur; la main de celui-ci, placée au-devant

de l'hydrocèle, et formant une sorte de canal obscur, par la flexion des doigts, rend plus sensible encore la teinte rougeâtre de la partie. On s'assure de la situation du testicule, par la présence d'un corps opaque sur l'un des points de l'hydrocèle. Ces connaissances étant acquises, c'est sur le côté opposé à celui que l'organe sécréteur du sperme occupe, qu'il faut diriger les instrumens. Ainsi que nous le démontrerons bientôt, on doit, en général, préférer la ponction à toutes les autres méthodes opératoires; mais, toutes les fois que l'hydrocèle présente une tumeur entièrement opaque, il faut recourir à l'incision de la tunique vaginale. Alors, en effet, l'épaississement des parois de la tumeur, ou l'altération du liquide qu'elle renferme, indique l'existence d'une inflammation chronique, et l'incision, mettant les parties à découvert, permet seule de pratiquer les opérations que leur état peut réclamer.

L'hydrocèle simple n'est point une maladie grave : la guérison ne présente même ordinairement aucune difficulté sérieuse; mais le volume considérable de la tumeur et la désorganisation de la tunique vaginale ou du testicule, rendent le pronostic moins favorable, et peuvent nécessiter l'ablation de l'une ou de l'autre de ces parties, quelquefois de toutes les deux.

Le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale est palliatif ou radical. Le premier est le seul qui convienne chez les sujets faibles et valétudinaires, surtout lorsque la tumeur est très-volumineuse, et que l'on ne saurait y provoquer impunément une vive inflammation. Il faut alors oublier, comme le dit Sabatier, qu'il existe des procédés au moyen desquels on peut obtenir la cure radicale. Le traitement palliatif consiste à vider l'hydrocèle, toutes les fois qu'elle se reproduit, au moyen d'une ponction faite avec le trois-quarts ou la lancette. Pour exécuter cette opération, le malade doit être assis ou placé debout devant le chirurgien; un vase est préparé pour recevoir le liquide. Si l'on craignait que le sujet n'éprouvât quelque accident, il faudrait le faire coucher sur le bord droit de son lit, la tête inclinée sur la poitrine, les jambes et les cuisses écartées et à demi-fléchies, de telle sorte que l'on pût aisément saisir le scrotum et placer sous lui, les vases dans lesquels la sérosité doit s'écouler. Cette situation est celle qui convient toutes les fois qu'on exécute quelque opération grave sur les bourses. Le chirurgien, placé commodément, saisit la tumeur par la partie postérieure, et, refoulant le liquide en avant et en bas, il plonge le trois-quarts à la région antérieure et inférieure du scrotum. Cet instrument, convenablement graissé à sa pointe, et tenu de telle sorte, que son manche appuie dans la paume de la main, et que le doigt indicateur,

étendu sur la canule, marque la profondeur à laquelle on veut le faire pénétrer, doit être dirigé en haut et un peu en arrière et en dehors. Pour cette opération, le trois-quarts aplati de Bell ne présente aucun avantage sur le trois-quarts à poinçon triangulaire et à canule cylindrique. Il est bien entendu que si le testicule occupait une région différente de celle qui lui est ordinaire, la ponction devrait être faite dans l'endroit le plus éloigné de cet organe. Le défaut de résistance, ce que l'on éprouve, et l'écoulement de quelques gouttes de liquide entre la canule et la tige, annoncent que l'on a pénétré dans la tumeur. On retire alors le poinçon, et, à mesure que le liquide s'écoule, on suit la rétraction avec la canule, afin que l'extrémité de l'instrument ne sorte pas de la tunique vaginale, ce qui donnerait lieu à une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire. La tumeur étant pressée en divers sens, et tout le liquide étant évacué, il faut retirer la canule, en soutenant, avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, les parties qu'elle traverse. Quelques compresses trempées dans une liqueur résolutive, et soutenues par une suspension, doivent être appliquées sur les parties; elles constituent tout le pansement que la situation du sujet réclame.

Si l'on manquait de trois-quarts, et que l'on fût obligé de se servir de lancette, il serait nécessaire de pratiquer une incision assez grande pour permettre au liquide de s'écouler librement. L'introduction d'une canule dans la plaie est quelquefois difficile; il faut seulement soutenir les parties jusqu'à l'entière évacuation de la sérosité, afin de ne pas déranger le parallélisme qui doit exister entre l'ouverture des tégumens et celle de la tunique vaginale. Un morceau de taffetas gommé doit être ensuite appliqué sur l'incision; le reste du pansement est aussi simple que dans le cas précédent.

Lorsque les vaisseaux spermatiques, dilatés, rampent à la surface de la tumeur, on les évite en pratiquant l'opération très-bas et à l'extrémité inférieure d'une ligne qui partagerait la tumeur en deux parties égales. Si cependant on avait ouvert une artère considérable, et qu'une infiltration celluleuse, ou un épanchement de sang dans la tunique vaginale, succédât à l'opération, il serait nécessaire d'inciser les parties, de lier le vaisseau ouvert, et de faire sortir le liquide extravasé. *Voyez* HÉMATOCÈLE.

La guérison radicale de l'hydrocèle consiste, après avoir dissipé la collection actuellement existante, à prévenir toute accumulation ultérieure de sérosité dans la tunique vaginale. Aucun topique ne mérite la confiance du praticien. Le vin, l'eau de chaux aiguisée d'alcool, et tous les médicamens du

même genre, restent sans action, même chez les plus jeunes sujets. Le vésicatoire seul a procuré quelques succès à Dupuytren; mais ce moyen n'exerce qu'une action faible et incertaine, et l'on ne doit y recourir que dans le cas de tumeur peu considérable, quand les malades, effrayés par l'idée d'une opération, se refusent à l'emploi de procédés plus efficaces. Deux méthodes peuvent être mises en usage pour déterminer la guérison radicale de l'hydrocèle : suivant l'une, on excise la membrane qui est le siége de la maladie; l'autre a pour objet de déterminer l'adhérence de cette membrane au testicule, et d'oblitérer ainsi sa cavité.

Décrite avec exactitude par Celse, Albucasis et Fallope; remise en usage par Saviard, et adoptée par Douglas, l'*excision* de la tunique vaginale est une opération fort ancienne. Pour l'exécuter, le malade étant couché, comme nous l'avons dit précédemment, sur le bord de son lit, on incise la peau du scrotum dans toute l'étendue de la tumeur, et, si cette dernière est considérable, on forme, au-devant d'elle, un lambeau elliptique, assez étendu pour que, l'incision étant achevée, il ne reste plus une trop grande quantité de tégumens. Ceux-ci sont ensuite détachés latéralement jusqu'au testicule, ou plutôt, en les tirant en arrière avec la main qui a saisi la tumeur, celle-ci fait saillie à travers la plaie, et paraît au dehors. La tunique vaginale est ensuite ouverte, et les parties libres sont réséquées près de l'endroit où elle se contourne sur le testicule. L'opération achevée, cet organe, s'il avait été entièrement détaché en arrière, doit être replacé au fond du scrotum; les bords de la plaie sont rapprochés et recouverts d'un linge fenêtré, enduit de styrax, par-dessus lequel on place quelques plumasseaux de charpie; des compresses trempées dans une liqueur émolliente, et un SUSPENSOIR fait avec une longue pièce de linge, dont les extrémités sont fixées à un bandage de corps, complètent l'appareil, qu'il ne faut lever que le troisième jour. La première partie de l'opération doit être exécutée avec un bistouri convexe sur le tranchant; des ciseaux bien évidés servent ensuite à faire la résection de la tunique vaginale; les vaisseaux doivent être liés à mesure qu'on les divise, et les fils sont réunis, enfin, à l'angle inférieur de la plaie.

Cette opération est longue, douloureuse, et suivie d'une violente inflammation du testicule et du scrotum. Quoiqu'elle semble mettre constamment à l'abri de la récidive de l'hydrocèle, Boyer a vu cependant la maladie se reproduire une fois sur six des cas où il a cru devoir la pratiquer. Aussi l'excision est-elle généralement rejetée de la pratique, et les chirurgiens instruits n'y ont recours que quand la tunique vaginale

est épaissie, fibreuse, désorganisée, et incapable de revenir sur elle-même pour se réunir au testicule.

L'*incision*, décrite par Celse et Paul d'Egine, consiste à fendre, d'un seul coup de bistouri, toute la longueur de l'hydrocèle. La tunique vaginale est à peine ouverte, que le liquide commence à sortir; lorsque l'évacuation est terminée, le testicule se présente au dehors. Si alors la section n'était pas achevée, on devrait l'agrandir au moyen du bistouri boutonné. La plaie est ensuite pansée au moyen de plumasseaux de charpie fine, que l'on place sur les côtés du testicule, de manière à garnir toute la cavité de la tumeur. D'autres fois on entoure cet organe de linges doux et fins, qui le séparent de la tunique vaginale. Les pansemens consécutifs ont pour objet essentiel de maintenir cette membrane ouverte jusqu'à ce que des bourgeons celluleux et vasculaires, nés de tous les points de sa surface, l'aient complètement oblitérée, en la réunissant au testicule.

Cette opération est loin de procurer des succès assurés. Souvent, au contraire, des portions de la cavité séreuse persistent, et du liquide y étant exhalé de nouveau, la maladie se reproduit, aussi volumineuse que précédemment, par la rupture des adhérences encore faibles et mal organisées qui réunissaient la plus grande partie de la tunique vaginale au testicule. L'inflammation qui survient n'est d'ailleurs pas moins vive qu'à la suite de l'excision, et toute la rigueur du traitement antiphlogistique général et local le plus puissant ne suffit pas, chez beaucoup de sujets, pour prévenir le développement des accidens les plus graves, même la rupture du testicule. D'autres fois, les tégumens et la membrane séreuse se replient entièrement en arrière, et, ainsi que Monro l'a observé, l'organe sécréteur du sperme reste au dehors, et se recouvre d'une pellicule rougeâtre, très-mince et très-faible. L'incision est, avec juste raison, généralement proscrite, et, chez tous les sujets où l'on est obligé d'ouvrir largement la tunique vaginale, on préfère l'excision de cette membrane.

La *cautérisation*, exécutée au moyen de la potasse caustique, dont on applique une traînée sur la partie moyenne et antérieure de l'hydrocèle, est un procédé fort ancien et analogue à celui de l'incision, pour le résultat. Gui de Chauliac, et après lui plusieurs chirurgiens, ont recommandé de placer, sur la partie inférieure et antérieure de la tumeur, un morceau de caustique susceptible de former une escarre d'un demi-pouce de diamètre. L'appareil étant levé, la partie mortifiée doit être recouverte d'un plumasseau enduit de digestif, les bourses sont renfermées dans un suspensoir, et le malade garde un repos absolu. Douze, vingt-quatre ou trente-six

heures après l'opération, des douleurs se font sentir dans le scrotum, les reins et le ventre; la tumeur devient dure et tendue, mais les tégumens restent dans leur état ordinaire, la tunique vaginale étant le siége exclusif de l'irritation; enfin le pouls acquiert de la fréquence, et quelquefois des vomissemens se manifestent Ces accidens ne durent qu'un jour ou deux. S'ils étaient trop violens, on devrait les combattre au moyen des saignées générales et locales, et des applications émollientes. L'escarre commence enfin à se détacher, et si la tunique vaginale n'est pas ouverte du même coup, il convient d'y faire une légère incision avec la pointe d'une lancette. Après la sortie du liquide, les parties se rapprochent, la tunique vaginale s'oblitère, et il se forme une petite cicatrice intimement unie au testicule.

Ce procédé, employé par Else, qui lui donna une grande vogue, est moins douloureux que les précédens. Il ne met pas toutefois à l'abri d'accidens inflammatoires violens et graves, et surtout il ne réussit bien que quand la tumeur est peu volumineuse : il exige d'ailleurs un traitement consécutif long-temps continué, et des pansemens toujours incommodes : on ne doit donc jamais le préférer aux injections. Chez les enfans, on a proposé de substituer à l'application ordinaire du caustique, des frottemens exercés avec un morceau de nitrate d'argent fondu sur la partie, préalablement humectée, et continués jusqu'à la formation d'une escarre assez profonde. Chez des sujets adultes, dont les tégumens sont épais, et où le caustique n'a pas pénétré d'abord jusqu'à la tunique vaginale, il convient, après la chute de la première escarre, de faire une application nouvelle sur la membrane séreuse mise à découvert. Quant au cautère actuel, dont les anciens et les chirurgiens du moyen âge se sont servis, il ne doit en être fait mention que pour mémoire : depuis long-temps il est, avec raison, rejeté de la pratique.

Les *corps étrangers solides*, introduits dans la poche de l'hydrocèle, afin d'y déterminer une violente inflammation, constituent un procédé souvent employé, et auquel se rapportent *le séton*, indiqué par Galien, décrit pour la première fois par Gui de Chauliac, chez les modernes, et que Pott fit adopter par un grand nombre de praticiens; *la tente*, déjà connue des Arabes, et à laquelle Fabrice d'Aquapendente, Moïnichen et Monro substituèrent, soit la canule du trois-quarts, soit une autre canule d'argent; enfin, *la canule de gomme élastique*, préconisée par Larrey. Ces procédés ont entre eux la plus grande analogie sous les divers rapports de leur exécution, de leur manière d'agir et de leurs résultats.

Pour placer le séton, le chirurgien peut, à l'exemple de

Pott, pratiquer d'abord la ponction de l'hydrocèle, et, après l'évacuation du liquide, introduire de bas en haut, dans la canule du trois-quarts, un stylet mousse, dont l'extrémité va faire saillie à la partie supérieure de la tunique vaginale. Une incision pratiquée sur ce stylet, permet de l'attirer au dehors, et il entraîne avec lui une mèche de dix à douze brins de coton, qui doivent séjourner dans la poche de la tumeur. A ce premier procédé, Pott en substitua bientôt uu autre : il introduisait dans la canule d'un gros trois-quarts une autre canule, plus petite, qu'il portait jusqu'à l'endroit où il voulait percer une seconde fois la tunique vaginale. Dans cette dernière canule, il faisait glisser un stylet aigu à son extrémité, et qui, perçant les parties de dehors en dedans, était suivi d'un séton composé de quelques brins de fil de soie. On a modifié encore ce procédé, mais sans ajouter à la facilité, à la sûreté ou à la promptitude de son exécution. Il est évident qu'un trois-quarts et un stylet pointu armé de la mèche qui doit rester dans les parties, suffiraient toujours pour le pratiquer.

La tente, adoptée par les chirurgiens des seizième et dix-septième siècles, surtout par les praticiens d'Italie, consistait en une mèche de charpie, que l'on introduisait dans la cavité de l'hydrocèle, à travers l'incision des tégumens et de la tunique vaginale. On la renouvelait de temps à autre, et l'on continuait son emploi jusqu'à ce que l'oblitération de la cavité fût devenue complète.

Les canules d'argent et de gomme élastique ont quelquefois servi à irriter momentanément la surface interne de la tunique vaginale, par les mouvemens qu'on leur faisait exécuter après l'évacuation du liquide. Mais alors leur action était faible, passagère, insuffisante. Ces instrumens sont ordinairement maintenus en place pendant quelque temps, et leur extraction n'est faite que quand on suppose que l'inflammation adhésive qu'ils ont déterminée s'est étendue à toute la tunique vaginale.

Tous les corps étrangers placés à demeure dans la cavité de l'hydrocèle, présentent le grave inconvénient d'exciter souvent une phlogose très-intense, et qui oblige de recourir aux antiphlogistiques les plus puissans, même de retirer l'instrument qui doit procurer la guérison. Leur action irritante, bornée d'ailleurs aux points de la surface membraneuse avec lesquels ils sont en contact, ne s'étend pas, chez beaucoup de sujets, à toute l'enveloppe séreuse du testicule, d'où résultent l'insuffisance du traitement et la récidive de la maladie. Nous avons vu employer plusieurs fois la canule de gomme élastique, et nous avons été témoins de chacun de ces résultats.

Préconisée en Angleterre, et devenu ensuite l'objet de vives

discussions, l'*injection*, dans la cavité de l'hydrocèle, d'une liqueur susceptible d'enflammer les parois et de les faire adhérer entre elles, est un procédé fort simple. L'alcool, le vin, la dissolution de potasse, ont été employés dans ces cas, avec des succès variés. Le liquide dont il convient de faire usage doit être assez fort pour exciter une inflammation médiocre, et, sous ce rapport, le gros vin de Roussillon, dans lequel on a fait bouillir deux onces de roses rouges par pinte, est un des plus convenables. On peut en augmenter au besoin l'activité par l'addition d'une certaine quantité d'eau-de-vie. Ce liquide doit avoir une température égale à celle du corps. On le place dans une seringue d'un quart de litre de capacité, et dont l'extrémité doit pouvoir s'adapter avec exactitude à l'extrémité de la canule du trois-quarts.

Ces précautions étant prises, et la ponction de la tumeur, ainsi que l'évacuation du liquide, se trouvant opérées, Dupuytren fait ordinairement trois injections successives, et à chaque fois il laisse séjourner le liquide environ trois minutes dans la tunique vaginale. On pense généralement que les probabilités du succès sont proportionnées à la violence des douleurs produites par l'injection. Mais l'expérience a démontré qu'il n'en est point ainsi : les malades qui ont le moins souffert guérissent aussi bien que ceux dont les douleurs ont été presqu'insupportables, et il est fort rare que l'opération manque son effet. Après la dernière injection, le scrotum doit être recouvert de compresses trempées dans le vin, et renfermé dans un suspensoir. Au bout de trois ou quatre jours survient un gonflement inflammatoire, qui dépend moins de l'engorgement du testicule que de l'exhalation d'une sérosité sanguinolente dans la tunique vaginale et de l'engorgement de cette membrane ainsi que du tissu cellulaire des bourses. Il convient alors de supprimer les fomentations stimulantes, et de recourir aux cataplasmes émolliens, jusqu'à ce que la tuméfaction se dissipe, ce qui arrive vers le dixième ou le douzième jour depuis l'opération, et alors la guérison du malade est assurée.

La simplicité de ce procédé, le peu de douleurs qu'il produit, les faibles accidens qui en sont le résultat, la facilité avec laquelle le liquide pénètre dans toutes les anfractuosités de la cavité de l'hydrocèle, la possibilité de graduer à volonté son action, en le laissant séjourner plus ou moins long-temps dans la tunique vaginale, enfin le peu de danger avec lequel on peut y recourir de nouveau s'il ne réussit pas une première fois, telles sont quelques-unes des circonstances qui ont fait adopter définitivement les injections comme méthode générale, pour obtenir la guérison complète de la maladie qui nous occupe. Ces injections peuvent être employées sans inconvénient, lors même

qu'il existe un léger engorgement chronique du testicule ou de l'épididyme. Elles ont souvent pour effet de déterminer la résolution de ces tuméfactions, lors, toutefois, que le testicule n'a ni la dureté, ni les inégalités du squirre, et qu'aucune douleur vive et lancinante ne s'y fait sentir. Il importe, durant l'exécution des injections, de veiller attentivement à ce que la canule du trois-quarts n'abandonne pas la tunique vaginale. Si cet accident arrivait, le liquide injecté pénétrerait dans le tissu cellulaire du scrotum. Quoiqu'assez grave, cette infiltration ne nous paraît pas aussi dangereuse que le pensent la plupart des praticiens, et que l'affirme Boyer. Nous l'avons vu survenir une fois, et aucune inflammation violente ne lui a succédé. Une incision étendue et profonde, destinée à servir à l'évacuation du liquide infiltré, et des applications émollientes, ont suffi pour prévenir le développement de l'irritation, et le malade a parfaitement guéri. Cette incision nous semble alors absolument nécessaire ; elle agit alors comme dans les abcès urineux, et c'est à son omission que l'on doit attribuer en grande partie les accidens graves dont parlent les auteurs, qui ont été la suite du passage du vin dans le tissu cellulaire des bourses.

L'*hydrocèle congéniale* de la tunique vaginale diffère de la précédente, en ce que la cavité séreuse des testicules communique encore avec le péritoine. Dans cette maladie, la pression exercée sur la tumeur fait rentrer le liquide dans le ventre, et vide le scrotum, mais tous les symptômes reparaissent bientôt après, par la descente nouvelle de la sérosité. Tantôt l'hydrocèle congéniale est simple; tantôt elle est compliquée de la rétention du testicule à l'orifice interne du canal inguinal, ou près de l'anneau du muscle grand oblique; tantôt enfin, en même temps qu'elle se remplit de liquide, la tunique vaginale admet une portion d'intestin ou d'épiploon. Ces variétés de la maladie doivent être examinées avec d'autant plus d'attention, qu'elles exigent plus de moyens spéciaux de traitement.

Lorsque l'hydrocèle est simple, Vignerie voulait que l'on fît rentrer le liquide, et qu'appliquant la pelotte d'un brayer sur la région inguinale, on prévînt l'apparition nouvelle de la tumeur, en même temps que la compression déterminerait l'oblitération du canal séreux établi entre elle et la cavité de l'abdomen. Mais, quoique suivi de quelques succès, ce procédé s'est montré le plus ordinairement infidèle. Desault, dans les cas de ce genre, après s'être assuré de la présence du testicule dans le scrotum, et de l'absence de toute espèce de hernie, chargeait un aide intelligent d'exercer une forte pression sur le sommet de l'hydrocèle et au niveau du pubis. Alors il évacuait la sérosité épanchée, et pratiquait les injec-

tions à la manière accoutumée. Les derniers restes du liquide irritant étant sortis, le doigt de l'aide était remplacé par la pelotte d'un brayer, dont l'action avait le double avantage de borner l'inflammation de la tunique vaginale et de favoriser l'oblitération de sa partie la plus élevée. Il est évident que si la maladie était compliquée d'une hernie, il faudrait réduire celle-ci avant de recourir à l'opération. La compression déterminant la séparation complète de la tunique vaginale d'avec le péritoine, il est vraisemblable que ce moyen, continué pendant quelques mois, suffirait pour procurer la guérison radicale de la hernie. Si le testicule était à l'anneau, ou encore renfermé dans l'abdomen, aucune opération ne serait proposable. Les bains froids, qui resserrent les tissus, et font rentrer une partie de la tunique vaginale, sont alors utiles; il en est de même du vésicatoire, dont l'action suffit quelquefois pour déterminer l'absorption du liquide; mais, en général, il faut attendre la descente de l'organe sécréteur du sperme au fond du scrotum, pour s'occuper efficacement de la cure radicale de la maladie.

L'*hydrocèle enkystée* a presque toujours lieu dans l'épaisseur du cordon des vaisseaux spermatiques. Un ancien sac herniaire, oblitéré à son sommet, en est quelquefois le siége. Mais elle se développe le plus ordinairement dans un kyste celluleux accidentel, dont le développement est plus ou moins rapide. Dans l'un et l'autre de ces cas, la tumeur, placée d'abord plus ou moins haut, se rapproche graduellement du scrotum, et descendant au milieu de la cavité, elle simule fort bien l'hydrocèle de la tunique vaginale. Cependant, la manière dont elle s'est accrue, et la présence du testicule au-dessous et en arrière de la tumeur, dont il reste distinct, ne permettent pas de méconnaître les véritables caractères de la maladie.

Quel que soit le siége de celle-ci, on peut lui opposer tous les procédés dont il a été question pour la guérison de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Comme dans cette dernière affection, l'injection mérite ordinairement la préférence; mais, après l'avoir employée, il convient d'exercer sur le kyste une compression permanente, susceptible de maintenir les parois en contact et de favoriser leur mutuelle agglutination. L'excision ne convient que dans les cas, fort rares, où les parois de la tumeur ont acquis une épaisseur et une résistance qui ne permettent pas de les affaisser aisément et de rapprocher leurs surfaces opposées.

Aux variétés de l'hydrocèle dont il vient d'être question, quelques personnes ont ajouté l'infiltration spéciale du cordon des vaisseaux spermatiques. Cette maladie ne consiste que dans

la distension du tissu cellulaire placé entre les cordons vasculeux qui se rendent aux testicules ou qui en partent. Une tumeur molle, oblongue, pâteuse, fluctuante, située au devant du cordon, et au bas de laquelle on sent distinctement le testicule, tels sont les phénomènes qui caractérisent cette maladie, exactement décrite par Pott, et dont les causes sont fort obscures. Si les suspensoirs et les applications résolutives et spiritueuses ne suffisent pas pour procurer la guérison, il faut inciser la tumeur dans toute son étendue. Alors le liquide s'écoule au dehors, le tissu cellulaire qui le contenait s'enflamme, et la cure radicale est opérée.

Quant aux accumulations de sérosité au fond des sacs herniaires descendus dans le scrotum, elles ne méritent pas le nom d'hydrocèle; elles constituent une complication des hernies INGUINALES. Il en est de même des collections séreuses du TESTICULE lui-même, et de celles qui accompagnent quelquefois la désorganisation de cet organe.

HYDROCÈLE (art vétérinaire). L'hydrocèle, ou hydropisie du scrotum est formée par un fluide séreux infiltré dans le tissu cellulaire qui réunit les membranes des testicules, ou épanché dans l'enveloppe péritonéale de ces organes; ce qui fait qu'on la distingue en *hydrocèle par infiltration*, et en *hydrocèle par épanchement*. Le cheval est, de tous les animaux domestiques, le plus exposé à cette affection.

L'hydrocèle par infiltration a toujours lieu des deux côtés des bourses à la fois; elle occupe tout le tissu cellulaire compris entre les tégumens du scrotum et la tunique vaginale, et offre, relativement à son origine et à ses causes, des différences qui la constituent idiopathique ou symptomatique.

L'hydrocèle idiopathique par infiltration dépend de l'affection des parties dans lesquelles elle siége; elle est fort rare dans le cheval même, ne parvient pas à un volume très-considérable, et peut être accidentelle, ce qui veut dire qu'elle tient peut-être à l'influence d'une cause immédiate, de laquelle est résultée une inflammation locale qui s'est terminée par l'hydropisie des parties affectées.

L'hydrocèle symptomatique ou secondaire, par infiltration, dépend d'une autre maladie, et accompagne constamment les autres hydropisies, particulièrement l'ascite et l'anasarque, la pourriture des bêtes à laine, et généralement toute maladie chronique dans laquelle les fonctions du système absorbant éprouvent une débilité marquée. C'est un véritable œdème; elle est sans douleur, et se forme moins rapidement que la variété précédente.

La première variété n'est pas ordinairement une maladie grave, à moins que l'action de la cause qui l'a produite n'ait

été assez violente pour déterminer une inflammation considérable. Le plus souvent, la résolution de la sérosité infiltrée s'obtient aisément, moyennant des fumigations et des fomentations aqueuses émollientes dans le commencement et tant que les parties présentent de la chaleur; on y fait succéder des applications résolutives et astringentes, qui doivent d'abord n'exercer qu'une faible action, action qu'on rend plus énergique à mesure que la terminaison s'approche. L'eau de chaux aiguisée d'alcool, les décoctions d'écorce de chêne et de maronnier, la vieille argile et la suie délayées dans le vinaigre, conviennent dans cette circonstance.

L'hydrocèle par épanchement, quand elle est parvenue à un certain degré, se reconnaît aisément à une tumeur molle et indolente, à la fluctuation que permet le relâchemeut des tissus, et que l'on sent en avant du cordon testiculaire. Lorsqu'elle est simple et peu considérable, ce qui est le cas le plus fréquent, on s'en aperçoit à peine, et elle ne demande aucun soin; mais dès qu'elle acquiert un volume un peu fort, elle gêne l'animal, et il faut s'occuper de la traiter. Elle est beaucoup plus grave lorsqu'elle se rencontre compliquée d'une autre affection du testicule ou de la tunique vaginale.

L'affection existant sans complication, on doit toujours en entreprendre le traitement. La ponction de la tumeur, lorsque son volume est assez considérable pour permettre cette opération, est l'indication première à remplir, comme la plus susceptible de procurer l'évacuation du liquide épanché; mais il ne suffit pas de la pratiquer; si l'on bornait là ses soins, on verrait en plus ou moins de temps l'hydrocèle reparaître; on ne doit donc user de la ponction que comme d'une précaution préparatoire qui ne dispense pas d'en venir, soit à la castration, et que nous considérons comme la meilleure méthode, soit à l'injection, qui peut être réservée pour des animaux qu'on désire conserver pour la reproduction. Cette dernière opération, imitée de celle qu'on pratique chez l'homme, peut être avantageuse dans le cheval, et il serait à désirer qu'on l'expérimentât beaucoup sur cet animal, afin d'en constater les effets, quels que soient ceux qu'on en obtiendrait.

HYDROCÉPHALE, s. f., *hydrocephalus*, *hydrocephalum*, *hydrocephale*; infiltration séreuse du tissu cellulaire épicrânien, ou épanchement de sérosité dans le crâne : tels sont les deux états morbides auxquels on a donné ce nom, avec cette différence, que l'hydropisie des tégumens du crâne a été appelée *hydrocéphale externe*, et que celle de l'encéphale ou des parties contenues dans le crâne a été nommée *hydrocéphale interne*; cette dernière est aujourd'hui la seule à laquelle on

ait conservé le nom d'*hydrocéphale*, devenu synonyme d'hydropisie encéphalique.

Il serait facile de faire de l'hydrocéphale une maladie nouvelle, puisqu'elle est à peine indiquée dans les écrits des médecins grecs et arabes, et qu'on n'a commencé à la connaître que depuis le moment où l'anatomie a été cultivée avec succès, en Italie d'abord, et ensuite dans le reste de l'Europe. N'est-il pas très-remarquable qu'il y ait dans les livres des maladies dont l'existence soit douteuse, même après l'ouverture du cadavre, au point que pour les constater on soit presque réduit à se servir de poids et de mesures? Telle est l'hydrocéphale. Chaque jour on trouve dans les cadavres des adultes, des vieillards et des femmes, comme dans ceux des enfans ou des jeunes sujets, des épanchemens séreux dans le crâne, mais on ne donne à ces épanchemens le nom d'hydrocéphale qu'autant qu'ils ont été précédés ou accompagnés de certains phénomènes fort difficiles à démêler parmi tous ceux auxquels donnent lieu les maladies non-seulement de la tête, mais encore de l'abdomen.

L'aspect sous lequel une maladie se montre, et la marche qu'elle tient, diffèrent nécessairement selon qu'elle est congéniale ou acquise. Lorsqu'elle ne se développe que plus ou moins long-temps après la naissance, elle n'arrive souvent que fort tard au degré d'intensité qui ne permet pas de la méconnaître, tandis que lorsqu'elle a commencé dans le sein de la mère, il est assez facile de la reconnaître à la naissance, quand elle est caractérisée, comme l'est quelquefois l'hydrocéphale, par des signes palpables. C'est pourquoi nous allons d'abord décrire l'hydrocéphale de naissance.

Il est des fœtus dont le crâne offre un développement excessif, sinon dans toutes ses dimensions, au moins dans une ou plusieurs directions; ce volume extraordinaire est plus sensible en arrière le plus ordinairement, parfois en avant, rarement latéralement, plus rarement encore en haut; il est quelquefois tel, que la tête ne peut être extraite sans une opération, la plus déplorable de toutes celles que l'homme de l'art peut être appelé à pratiquer, puisque c'est un meurtre, la perforation du crâne, qui procure l'évacuation du liquide contenu dans sa cavité, et l'affaissement de ses parois.

Lorsque le volume du crâne hydropique n'est pas tellement considérable, que l'on soit obligé d'en venir à un pareil moyen, l'enfant termine souvent, en peu de jours, sa carrière; d'autres fois il vit un ou plusieurs mois, et même plusieurs années; quelquefois, malgré la conformation vicieuse de sa tête, il prolonge sa carrière jusques à l'âge de vingt, trente ans,

et davantage. La maladie fait des progrès rapides, et la mort en est promptement le résultat, ou bien, à l'instant de la naissance, elle est tellement avancée, que l'enfant ne peut que succomber promptement, ou enfin la maladie ne s'accroît qu'avec lenteur, la mort est très-tardive, ou même la maladie devient stationnaire, et la vie se prolonge; dans ce dernier cas, les os acquièrent la consistance qui leur est naturelle, sans que la tête perde de son volume. Cette consolidation des os est le signe très-probable de l'éloignement indéfini de la catastrophe.

Les fœtus hydrocéphaliques ne naissent pas avec le crâne volumineux; chez quelques-uns on remarque, au lieu d'un développement extraordinaire du crâne, une tumeur fluctuante sans douleur, ni chaleur, ni rougeur, le plus ordinairement transparente, située presque toujours à l'occiput, parfois au front, et que l'on peut appeler *tumeur hydrocéphalique*, ou *hydrocéphale partielle*. Il sera plus amplement fait mention de cette tumeur à l'article HYDRORACHIS, où nous la comparerons à une tumeur absolument de même nature, qui se montre sur un des points de la colonne épinière en proie à l'affection appelée *spina bifida*. Chez d'autres fœtus, au lieu d'un développement extraordinaire du crâne, et d'une tumeur locale, telle que nous venons de l'indiquer, on trouve, au contraire, que le crâne a cessé d'exister, au moins en apparence; c'est ce qui constitue, sinon tous les acéphales, au moins quelques-uns d'entre eux. On pense que les parois du crâne hydropique ayant été rompues d'une manière quelconque, la sérosité s'est écoulée, le cerveau s'est affaissé, et s'est dissous, en quelque sorte, dans le liquide; les membranes, non encore ossifiées, se sont flétries de telle sorte que le fœtus paraît, à l'instant de sa naissance, n'avoir jamais eu de crâne. Cette théorie a été attaquée par Gall : nous examinerons les argumens dont il se sert pour la combattre, quand nous traiterons des MONSTRUOSITÉS.

Soit que l'hydrocéphale ait été congéniale, soit qu'elle se manifeste peu après la naissance, avec plus ou moins de rapidité, elle a toujours pour dernier résultat des phénomènes qui, jusqu'ici, ont été attribués à la compression de la substance cérébrale, symptômes sur lesquels il est inutile que nous insistions en ce moment, parce que nous aurons bientôt à nous en occuper d'une manière toute spéciale. Lorsque l'hydrocéphale congéniale est très-avancée à l'instant de la naissance, lorsqu'elle fait des progrès considérables dans un temps plus ou moins long, l'état du crâne est le même que dans le cas où elle se développe plus tard, mais cependant avouons que l'ossification complète s'oppose à l'ampliation des parois du crâne.

16.

Les fontanelles et les sutures, au lieu de perdre chaque jour de leur étendue, deviennent de plus en plus larges, la tête devient transparente; on y sent une fluctuation bien distincte. Les phénomènes qui accompagnent cet état sont l'hébétude des sens, notamment de la vue et de l'ouïe, qui coïncide avec des douleurs, quand la lumière agit sur les yeux, les sons sur l'oreille, la langueur ou la nullité des facultés intellectuelles et affectives, la faiblesse des muscles, la paralysie des membres inférieurs; la tête tombe en avant, sur les côtés, abandonnée à son propre poids par des muscles trop faibles pour la maintenir dans sa rectitude naturelle, ou déjà paralysés: l'enfant éprouve une somnolence continuelle. Ces phénomènes n'ont pas toujours lieu, et si l'on s'en rapporte à Gall, ils sont quelquefois à peine marqués, ou même nuls, lors même que le crâne a pris un très-grand développement; remarquons qu'on assure en avoir vu qui avaient deux, trois et même quatre pieds de circonférence. Outre les cas d'une certaine longévité chez des hydrocéphales dont les observateurs nous ont conservé l'histoire, on doit tenir compte d'une remarque importante d'Itard, qui a vu de jeunes sourds-muets doués d'une intelligence très-bornée, d'une tête très-volumineuse, plus développée d'un côté que de l'autre, ayant les yeux faibles, très-saillans, et l'oreille paralysée, et chez lesquels il a soupçonné que l'hydrocéphale, incomplétement guérie, produisait tous ces maux.

Itard dit que l'hydropisie congéniale de l'encéphale consiste dans un épanchement qui se fait dans les ventricules, ou à la surface du cerveau, et qui augmente d'autant plus facilement, que la pulpe cérébrale est plus molle, que les parois du crâne sont plus résistantes, et que toutes les forces de la nutrition sont employées, dans les premiers temps de la vie, à l'élaboration de l'encéphale; que, si l'épanchement se fait à la surface, le cerveau, déprimé vers la base du crâne, se trouve réduit à un moignon, quelquefois très-petit et informe; que s'il se forme dans les ventricules, le liquide distend la masse encéphalique, et la réduit en une poche membraniforme collée aux méninges. Du reste, il admet qu'un épanchement trop considérable peut, en procurant la rupture des parois du crâne, donner lieu à l'acéphalie, bien qu'il admette que tous les acéphales ne sont pas devenus tels par cette cause. Il fait remarquer que jamais, dans cette hydrocéphale, on ne voit les extrémités s'œdématier; elles sont, au contraire, peu nourries, comme atrophiées, le teint est vermeil, et semble annoncer une santé qui ne laisse rien à désirer. Avec tous les auteurs, il avance que c'est une maladie presque toujours mortelle, sauf l'exception dont il a fait mention.

A l'ouverture des cadavres, on trouve les parois de la cavité crânienne formées, non-seulement des parties qui les constituent ordinairement, mais encore de portions osseuses, dans le voisinage des sutures, qui ne sont nullement ossifiées. Ces portions osseuses, qui semblent constituer des os accidentels, ne sont que les points d'ossification qui, au lieu de se rapprocher, se sont, au contraire, éloignés les uns des autres, au point de paraître former des os surnuméraires. Le cerveau est réduit à une coiffe membraneuse, épanouie en tous sens, qui se prolonge rarement dans les tumeurs hydrocéphaliques, lesquelles ne sont ordinairement formées que par les enveloppes de l'encéphale. Le cerveau est quelquefois dans un état de ramollissement complet, réduit en une sorte de bouillie, dans laquelle Morgagni a vu flotter des hydatides. Cet anatomiste prétend même que, dans certains cas, il n'a trouvé aucune trace du cerveau, qui était entièrement dissous : peut-on, à cette occasion, compter sur l'exactitude, si souvent admirable, de ce fondateur de l'anatomie pathologique? La quantité de liquide que l'on trouve dans le crâne varie beaucoup; il faut qu'il y en ait une quantité notable, un verre au moins, par exemple, pour que l'on dise qu'il y avait hydrocéphale; le plus ordinairement il y en a bien davantage, souvent une ou même plusieurs pintes.

La cause de l'hydrocéphale congéniale et de celle qui, préparée dès la naissance, se manifeste progressivement peu après, ne sont point connues; car, s'il y a lieu de présumer que les chutes, les contusions dont la mère peut avoir à souffrir, sont susceptibles de nuire au fœtus, on ignore pourquoi ces circonstances, et d'autres analogues ne produisent pas plus souvent cette hydropisie.

C'est vers l'âge de deux, trois, quatre, cinq à sept ans, que l'on voit quelquefois la tête des enfans augmenter de volume, les sutures s'écarter, les os s'élargir, et le crâne devenir énorme. Cet accroissement, que l'on observe quelquefois dans l'adulte, à la suite de longs et violens maux de tête ou de quelque chute, affecte de préférence les enfans faibles et maladifs. De fréquens dérangemens dans les fonctions de l'appareil digestif, tels que des vomissemens, des dévoiemens, la céphalalgie, la fréquence passagère, mais souvent répétée, du pouls, de la torpeur, la répugnance pour la lumière, un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, avec vacillation et chutes fréquentes, tels sont les phénomènes qui, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, annoncent le premier degré, encore obscur, de l'hydrocéphale chronique. Le second degré est caractérisé par l'assoupissement, des vomissemens, des mouvemens convulsifs, la faiblesse de la vue, le

strabisme; les facultés intellectuelles, la mémoire surtout, déclinent visiblement; les membres inférieurs se paralysent, et sont en même temps quelquefois agités de mouvemens convulsifs. Ces phénomènes cessent parfois momentanément, pour reparaître quelques semaines plus tard avec plus d'intensité, et pour ne plus cesser. Il n'est pas rare de voir les phénomènes du second degré suivre de près ceux du premier, ou même se confondre, se mêler avec eux, pour ainsi dire; d'autres fois, après que le premier degré a marché avec une lenteur extrême, il survient des symptômes convulsifs, et le malade périt en peu de jours; de telle sorte que, tantôt l'hydrocéphale chronique marche par degrés progressifs et sans grands orages, et tantôt revêt tout à coup les caractères d'une maladie aiguë; dans ce dernier cas, la douleur de tête, ordinairement peu intense, le devient davantage, jusqu'au moment où le malade n'exprime plus ce qu'il éprouve; c'est pourquoi on ne peut estimer sa durée, qui, toujours longue, s'étend quelquefois à un grand nombre d'années, puisqu'on a l'exemple d'un hydrocéphalique qui a poussé sa carrière jusque vers la quarantième année. Une toux opiniâtre revenant par quintes et la diarrhée accompagnent assez souvent les symptômes que nous venons d'énumérer.

L'hydrocéphale affecte plus souvent une marche aiguë, et le diagnostic en est alors très-difficile. Pour retracer les phénomènes avec exactitude, nous allons copier, presque textuellement, la description qu'Itard en a donnée, d'après les meilleurs observateurs et d'après ses propres remarques. Elle se déclare ordinairement, dit-il, par une céphalalgie violente continuelle, qui s'exaspère par le bruit et la lumière, arrache des cris et des gémissemens à l'enfant, qui se plaint sans cesse de la tête, et imprime à cette partie de son corps un mouvement presque perpétuel de rotation. Il porte la main, par un mouvement machinal, non pas vers le crâne, mais vers la bouche, les yeux et le nez, comme s'il voulait en extraire quelque chose. Le pouls varie beaucoup, il est souvent accéléré, puis il revient à son état habituel, ou même on le trouve plus lent que dans l'état de santé; on observe des retours plus ou moins fréquens d'agitation, d'anxiété, de mouvemens convulsifs des muscles de la face; la douleur de tête est parfois remplacée momentanément par des douleurs dans la région cervicale, dans les muscles pectoraux ou les épaules. La figure varie d'un instant à l'autre; tantôt animée momentanément, tantôt flétrie et décomposée au plus haut degré, elle passe rapidement de l'un à l'autre de ces deux états opposés; le pouls ne varie pas moins, il est tantôt fréquent et irrégulier, tantôt dans l'état normal, souvent plus lent que

dans l'état de santé, surtout au déclin, époque où il est quelquefois plus faible d'un côté que de l'autre. La région épigastrique est presque toujours douloureuse, surtout, dit Itard, dans les momens où la tête l'est moins; la langue est presque toujours nette, dit le même observateur, ou légérement limoneuse, à quoi nous ajouterons que fort souvent, surtout dans les premiers jours, elle est rouge sur ses bords et à sa pointe; il y a des convulsions alternant avec une prostration profonde; le ventre est resserré, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant à la mamelle, car alors il y a des évacuations fréquentes et abondantes de matières fétides jaunâtres, qui verdissent promptement par le contact de l'air. L'urine est rare et trouble; parfois elle coule involontairement; une matière mucilagineuse, blanchâtre, tantôt se dépose au fond du vase, tantôt reste suspendue sous forme de grains blanchâtres, semblables à de la semoule fine mêlée à de la bière : quelquefois on observe dans ce sédiment des stries brillantes et irisées.

Les symptômes que présentent les yeux du malade, méritent, selon Itard, une attention particulière : affectés d'abord, dit-il, d'une sensibilité extrême qui leur fait fuir la lumière, et souvent d'ophthalmie, on les voit, toutes les fois que le malade s'assoupit, rouler par intervalles sous les paupières souvent à demi-closes. L'œil est ordinairement convulsé en haut; si on écarte les paupières, on ne voit que la partie inférieure de la cornée opaque; à mesure que la maladie fait des progrès, le strabisme survient, et l'on voit l'iris subir une oscillation convulsive à l'approche de la lumière, symptôme qu'Itard dit, avec raison, n'être pas constant, mais qu'il a tort de regarder comme particulier à l'hydrocéphale, car nous l'avons observé dans un cas d'amaurose sans épanchement, et uniquement causée par l'atrophie des nerfs optiques. Itard ajoute que les yeux ont un caractère particulier qui appartient à la physionomie de l'hydrocéphale, et qui se fait remarquer dans les momens de calme qui succèdent aux crises douloureuses de la tête, ou aux convulsions : c'est une fixité qui semble appartenir à l'extase ou à l'expression d'un sentiment profond de calme ou de contentement intérieur. Nous sommes obligés de dire que, dans plusieurs cas d'hydrocéphale, nous n'avons observé rien de semblable, et nous avons ouï dire à Percy que souvent, peu avant l'invasion du tétanos, on voyait, sur la figure des blessés qui étaient près d'en être affectés, briller un air d'enthousiasme ressemblant à l'extase que produit un événement heureux subitement annoncé. On doit, en général, résister au penchant qui porte à rechercher des signes spécifiques pour chaque maladie : le regard varie beaucoup dans les

irritations cérébrales, et si l'on voulait noter toutes ses variations, on ne pourrait enseigner à les distinguer, même à l'aide des descriptions les plus minutieuses.

A tous les symptômes qui viennent d'être décrits, on doit ajouter ceux qui sont généralement attribués à l'épanchement et à la compression du cerveau : la léthargie, les grincemens de dents, les convulsions, l'hémiplégie, la saillie des yeux hors des orbites, l'injection de la conjonctive, la perte de la vue, la tuméfaction subite de la face mouillée de sueur, surtout du côté de l'hémiplégie, enfin un état apoplectique qui termine la vie du malade.

Itard ne s'est pas contenté de tracer ce tableau général de l'hydrocéphale, il retrace de la manière suivante la marche et les anomalies de cette maladie : souvent, dit-il, la céphalalgie ne se déclare que lorsque l'épanchement se forme; l'enfant, continuellement assoupi, ne sort de sa stupeur que pour pousser des cris de douleur, ou pour tomber dans les convulsions. D'autres fois, les symptômes les plus alarmans ont une intermission très-marquée, pendant laquelle le malade paraît avoir recouvré la santé, et cela même au moment où il est près de mourir : la connaissance revient, tous les symptômes de l'épanchement disparaissent, il n'y a point de fièvre; l'enfant recouvre l'usage de ses sens et toute sa gaieté, prend de la nourriture, tient la tête levée, semble n'être plus et n'avoir pas été malade; tout à coup les symptômes de l'épanchement reviennent avec une rapidité foudroyante, et les convulsions amènent la mort. Cette suspension des symptômes les plus graves paraît due quelquefois à la salivation produite par le mercure, à une abondante sécrétion produite par les vésicatoires, à l'enflure œdémateuse des extrémités inférieures.

La durée de l'hydrocéphale est en général de quatre semaines au plus, d'une semaine au moins. Elle est, selon Itard, d'autant plus courte, que la céphalalgie est plus violente, que le strabisme se déclare plutôt, et que l'enfant est plus fortement constitué. J'ai encore observé, dit-il, que si, dès le second ou troisième jour, l'enfant présente cette flétrissure de la figure, ce ramollissement des chairs, et ce rapide amaigrissement dont il a déjà été question, la maladie arrive rarement au septième jour. On a vu l'hydrocéphale se terminer par la mort, du deuxième au quatrième jour, même sans que l'épanchement ait eu lieu. Parfois, après avoir débuté avec violence, et rapidement amené des symptômes d'épanchement, cette maladie prend un caractère chronique; l'épanchement fait des progrès très-lents, et les signes de la compression, faiblement prononcés, disparaissent par intervalles, ou se marquent par

des accès de convulsions plus ou moins rapprochés ; la maladie peut durer plusieurs semaines, et même plusieurs mois, sans que l'issue en devienne moins fâcheuse.

Itard ne pense pas que l'on puisse, comme l'a proposé Robert Whytt, diviser l'hydrocéphale en trois époques, d'après l'état du pouls, fréquent et irrégulier dans la première, rare dans la seconde, fréquent et petit dans la troisième ; si on le voit presque constamment très-rare du moment où l'on présume que l'épanchement se forme, il est tel quelquefois dès le début, ou bien il subit chaque jour de fréquentes aberrations, pendant lesquelles il est fréquent et irrégulier. « Cependant, au milieu de cette mobilité de symptômes, qui forme en quelque sorte le caractère principal de cette maladie, l'observateur la voit passer par deux états très-distincts, celui de l'irritation encéphalique, et celui de la compression. Le premier est marqué par la céphalalgie, le vomissement, le délire, un état fébrile plus ou moins prononcé, la douleur cervicale, etc. ; le second, celui de la compression, se caractérise par le strabisme, l'assoupissement, l'œdème de la face, souvent très-colorée, la dilatation ou l'oscillation convulsive de la pupille, la paralysie ou la perte de quelque sens. »

Il serait difficile de mieux décrire les symptômes et la marche de cette redoutable maladie que ne l'a fait l'estimable auteur dont nous venons d'extraire le travail ; plusieurs traits échappés à ses prédécesseurs, ont été notés par lui avec un soin digne d'éloges, et parmi ces traits, il en est qui ne permettent pas de méconnaître la nature de l'hydrocéphale.

Parmi les symptômes dont on vient de lire l'exposition, Itard s'est attaché à distinguer ceux qui dénotent l'irritation de l'encéphale, de ceux qui sont l'effet de l'épanchement et de la compression cérébrale ; aujourd'hui ce judicieux observateur se poserait les questions suivantes : Plusieurs de ces symptômes ne sont-ils pas dus à l'irritation d'un autre organe que le cerveau ? Parmi ceux qui dépendent de l'irritation des parties contenues dans le crâne, quels annoncent l'irritation de l'arachnoïde, quels annoncent l'irritation du cerveau ? Les symptômes réputés l'effet de l'épanchement l'annoncent-ils infailliblement ? En est-il qui soient évidemment l'effet de la compression ? Enfin, l'irritation qui constitue la cause prochaine de l'hydrocéphale, est-elle de même nature que l'inflammation ? Nous allons essayer de répondre, autant qu'il est en nous, à ces questions.

La douleur qui se fait sentir presque toujours à l'épigastre, surtout quand la douleur de tête est moins vive, est un signe non équivoque, qui, joint surtout à la diarrhée, annonce l'ir-

ritation de l'estomac et des intestins grêles; si on ajoute que, le plus souvent, la maladie commence par cette douleur, avec rougeur des bords et de la pointe de la langue, parfois saburrale, si l'on remarque que le vomissement accompagne le plus ordinairement l'hydrocéphale, et se trouve joint le plus fréquemment à d'autres symptômes évidens d'irritation gastrique, on sera convaincu que, dans cette maladie, il y a presque toujours irritation des voies gastriques, principalement au début. Les phénomènes qui dénotent cette irritation continuent souvent à se manifester au milieu de ceux qui sont le produit de l'irritation cérébrale; parfois ils semblent disparaître complètement: alors si l'on donne des stimulans, même fort légers, on les voit reparaître momentanément, ou se remontrer, pour ne plus cesser qu'avec la vie. C'est faute d'avoir tenu compte de la douleur épigastrique, souvent peu intense, de la rougeur des bords et de la pointe de la langue, qui ont lieu dès le commencement de la maladie, qu'on a considéré les coliques violentes qui se manifestent parfois dans le cours de la maladie, comme le signe d'une entérite sympathique qui viendrait compliquer l'irritation encéphalique. Ce n'est pas que nous prétendions que celle-ci ne puisse être primitive, mais il est certain que les observateurs lui ont donné trop d'attention, et trop peu à celle de l'estomac et des intestins. Dans l'état actuel de la science, on peut affirmer que dans l'hydrocéphale il y a d'abord le plus souvent une gastro-entérite, à laquelle vient se joindre, plus ou moins promptement, une inflammation intense et bien plus redoutable des parties contenues dans le crâne. La réunion de ces deux inflammations constitue le danger le plus imminent que puisse courir un malade et surtout un enfant. Dans des cas plus rares, l'inflammation débute par l'encéphale, puis se propage aux viscères digestifs; enfin, dans des cas plus rares encore, l'inflammation encéphalique persiste seule, et seule fait périr le sujet. C'est à caractériser ces trois maladies si différentes sous le rapport du siége plus ou moins étendu qu'elles occupent, et qui n'ont de commun que l'affection du cerveau, que l'on doit s'attacher aujourd'hui. Plus on avancera dans l'étude physiologique de la pathologie, et plus on s'apercevra que, presque toujours, la même dénomination a été donnée à des inflammations diversement compliquées, dans lesquelles on n'avait discerné que les signes de l'irritation d'un des organes malades. L'hydrocéphale est certainement dans ce cas.

En quoi donc, dira-t-on, cette gastro-céphalite ou céphalo-gastrite, diffère-t-elle de la céphalo-gastrite ou de la gastro-céphalite décrite, selon vous, sous les noms de *fièvre cérébrale*, ou même de *fièvre ataxique*? Elle n'en diffère que par les particularités suivantes : elle a lieu chez des enfans le plus

ordinairement; l'inflammation céphalique prédomine davantage; les symptômes offrent une plus grande variabilité, sans doute dépendante de la plus grande irritabilité naturelle au jeune âge; elle est susceptible de passer à l'état chronique, soit, comme ou l'a prétendu, parce que les parois encore tendres du crâne neutralisent les effet de la compression du cerveau, en cédant à l'effort du liquide épanché, soit plutôt qu'au premier âge de la vie, l'intégrité de l'afflux cérébral soit moins impérieusement lié à la conservation de la vie. On peut donc affirmer que l'hydrocéphale n'est que l'inflammation des parties contenues dans le crâne, chez un très-jeune sujet, le plus souvent avec inflammation, ordinairement primitive, quelquefois secondaire, de l'estomac et de l'intestin. Si nous mettons en première ligne l'inflammation encéphalique, c'est parce que les symptômes en sont plus intenses, et que le danger que courent les malades provient de cette inflammation.

Jusqu'ici nous n'avons point recherché le siége précis de l'inflammation encéphalique qui a lieu dans l'hydrocéphale, nous avons évité de désigner le cerveau ou les méninges, mais il n'est plus permis aujourd'hui de s'en tenir là en analysant les symptômes désignés collectivement par les auteurs comme signes d'irritation de l'encéphale; si nous en retranchons le vomissement et la douleur épigastrique, qui ne doivent pas y trouver place, il reste, 1°. la céphalalgie, le délire, l'agitation, phénomène commun à toute irritation intense, la sensibilité de la rétine et des nerfs de l'ouïe, la saillie des yeux, l'injection de la conjonctive, la dilatation de la pupille, le strabisme, les convulsions des muscles de l'œil, de l'iris, de ceux de la face, des membres; les grincemens de dents, la rougeur alternant avec la pâleur de la face, la rareté du pouls, enfin, jusqu'aux intermissions et rémissions si trompeuses de tous ces accidens : tous phénomènes non équivoques, non-seulement par leur réunion, mais même plusieurs pris isolément, d'inflammation de l'arachnoïde. *Voyez* ARACHNOÏDITE. Mais ces symptômes ne sont pas les seuls que l'on rattache à l'irritation des parties contenues dans le crâne : il y a encore les douleurs du cou, dans les muscles pectoraux, dans les épaules; la prostration des forces alternant avec les convulsions, la cécité, la raideur tétanique des membres vers la fin de la maladie, raideur non constante, mais que pourtant nous avons assez souvent observée, mêlée de mouvemens convulsifs. Tous ces phénomènes annoncent que l'inflammation de l'arachnoïde se propage fort souvent, sinon toujours, à la substance même du cerveau, et va jusqu'au

degré dont le ramollissement de ce viscère est la trace univoque.

Est-il des symptômes auxquels on puisse reconnaître avec certitude l'épanchement? Nous ne pouvons le penser, puisque ceux que l'on désigne, et la compression qui en serait la suite, comme signes pathognomoniques de cet épanchement et de cette compression, sont observés chaque jour chez des sujets à l'ouverture desquels on ne trouve point d'épanchemens, et dans lesquels, par conséquent, il n'y a point eu de compression; tout ce qu'on peut dire à cet égard, c'est que l'épanchement a lieu le plus ordinairement, surtout quand on a observé les symptômes d'arachnoïdite plus encore que ceux d'encéphalite proprement dite. Si nous ajoutons que, même dans le cas où on a observé les uns et les autres, on ne trouve parfois qu'une si petite quantité de sérosité, qu'il n'est pas possible de croire qu'il y ait eu de compression, on demeurera convaincu que cette compression est très-problématique et que ses signes le sont encore davantage.

Dans tout ce qui précède, nous avons parlé de l'état morbide de l'arachnoïde, du cerveau et de l'estomac, en le désignant indifféremment sous le nom d'irritation ou sous celui d'inflammation; c'est qu'en effet, dans l'état actuel de la science, ces deux termes doivent être considérés comme synonymes: tout au plus le premier désigne-t-il un travail morbide moins intense que le second. C'est en vain qu'on prétendrait aujourd'hui que l'estomac est seulement irrité dans l'hydrocéphale, mais non enflammé, puisque le traitement n'en doit pas moins être le même. Quant à l'arachnoïde, les symptômes de son inflammation sont assez connus actuellement pour qu'on ne puisse plus la méconnaître dans l'hydrocéphale; nous en dirons autant, avec non moins de fondement, de ceux de l'inflammation de la substance cérébrale, phlegmasie qui toutefois n'est pas aussi fréquente que les deux autres, et surtout que l'arachnoïdite, laquelle a lieu constamment. Si l'on demande quelle est ordinairement la plus intense des trois, nous croyons devoir répondre que c'est l'arachnoïdite, et si on ne l'avait pas si long-temps méconnue, l'hydrocéphale n'aurait été rangée parmi les hydropisies qu'à titre d'épanchement produit par l'inflammation d'une membrane séreuse.

Ce qu'on vient de lire nous dispense de rechercher en quoi l'hydrocéphale aiguë diffère de la *phrénésie*, de la fièvre *ataxique*, de la fièvre *cérébrale*, de la fièvre *adynamique*, de la fièvre *pernicieuse convulsive*, de la fièvre *de dentition*, avec lesquelles on l'a mise en parallèle, et ce n'est pas là un des moindres bienfaits de la pathologie physiologique moderne,

que de n'admettre d'autres différences dans les maladies que celles qui reposent sur la différence des organes affectés, sur le degré de l'état morbide et sur l'exaltation ou la diminution du mouvement, ou, si l'on veut, de l'action vitale.

L'ouverture des cadavres vient directement à l'appui de ces propositions, et, afin qu'on ne nous accuse pas d'en décrire les résultats d'après des idées préconçues plutôt, que d'après la nature, nous allons citer textuellement ce qu'en a dit Itard : « La première lésion qui s'offre après avoir enlevé la voûte osseuse du crâne, est l'extrême engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux répandus sur le cerveau. Il n'est pas rare de trouver ceux-ci distendus par un fluide aériforme. La pulpe cérébrale, souvent altérée dans sa consistance naturelle, est quelquefois ramollie, mais le plus ordinairement ferme et rénitente, souvent enduite, à l'extérieur, d'une exsudation transparente qui reluit comme du vernis, ou d'une couche d'un véritable pus. Des recherches plus modernes d'anatomie pathologique ont démontré des granulations tuberculeuses dans la substance du cerveau et du cervelet, dans les couches des nerfs optiques, et même dans l'épaisseur des méninges. Laënnec a remarqué, chez quelques sujets, la surface du cerveau aplatie, les circonvolutions effacées. Mais ce qu'il y a de plus constant parmi ces lésions, c'est un épanchement plus ou moins considérable dans les ventricules, quelquefois seulement entre l'arachnoïde cérébrale et l'arachnoïde crânienne, et souvent dans le canal rachidien, d'une sérosité ordinairement limpide, contenant une très-petite quantité d'albumine, au point de n'être coagulée, ni par la chaleur, ni par les acides, ni par l'alcool, parfois salée. Quelquefois cette sérosité est très-colorée, limpide et ténue dans un ventricule, jaunâtre et gélatineuse dans l'autre ou sous la dure-mère. J'ai vu deux cas où, à l'ouverture du crâne, il ne se trouva aucun liquide épanché ni dans les ventricules, ni entre les méninges; seulement la masse encéphalique était pénétrée d'une sérosité qu'on mettait en évidence par des taillades faites dans les substances, et que le liquide remplissait en peu de temps; mais le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était fortement infiltré; quelquefois enfin rien de tout cela n'a lieu, et le cerveau, tant au dehors qu'au dedans, n'est baigné d'aucune sérosité surabondante. » A la suite de cette exposition fort exacte de l'état morbide de l'encéphale, Itard ajoute ces judicieuses réflexions : L'épanchement n'est pas la maladie, il n'en est que le résultat, et ce résultat, l'ouverture des cadapeut ne pas l'offrir, soit que l'absorption ait lieu après la mort, soit, ce qui est le plus vraisemblable, que l'irritation produite sur l'arachnoïde ait été assez intense ou assez délétère pour

amener la mort avant la formation de l'épanchement. Et plus loin : si l'irritation, l'inflammation entraînent la mort avant d'avoir altéré les tissus, et fourni quelques sécrétions morbides, ce qui doit arriver au cerveau plus souvent que dans tout autre organe, elles doivent disparaître avec la vie.

L'estomac est, selon le même auteur, de tous les viscères, celui dans lequel, après le cerveau, on trouve le plus souvent des altérations ; on le trouve, dit-il, affecté d'engorgement, d'inflammation, de suppuration ; les membranes, corrodées, se déchirent aisément sous les doigts, et présentent cette lésion décrite par Jaeger sous le nom de ramollissement de l'estomac ; on a vu également dans ces cas les intestins enflammés, invaginés, ramollis et affectés d'un commencement de gangrène ; presque toujours ils contiennent quelques vers ; enfin le foie offre des traces évidentes de l'engorgement douloureux dont il a été affecté. Tout cela est conforme à l'observation, sauf peut-être la dernière assertion, car le foie est fort rarement affecté dans l'hydrocéphale, si même il l'est quelquefois.

On ne peut aujourd'hui regarder ces traces d'inflammation de l'encéphale et des viscères de la digestion comme les suites d'une phlegmasie qui serait venue compliquer l'hydrocéphale ; car, qu'est l'hydrocéphale, si ce n'est l'arachnoïdite, puisque l'épanchement, quand il a lieu, n'est évidemment qu'un effet de l'inflammation de l'arachnoïde ? Ne doit-on pas au moins répéter avec Itard, que « quand on considère jusqu'à quel point l'inflammation des méninges et l'hydrocéphale sont ressemblantes et analogues dans les causes qui les produisent, dans la marche qu'elles affectent, dans les accidens qu'elles entraînent, dans les indications même qu'elles présentent, on est conduit tout naturellement à les regarder comme des maladies de la même nature, différant seulement l'une de l'autre par plus ou moins d'intensité, et qu'on peut, sans nul inconvénient, confondre dans la médecine clinique. Tout porte à croire qu'une vive irritation, plus ou moins voisine d'un état phlegmasique, exercée sur l'arachnoïde, détermine une exhalation surabondante de sérosité, de la même manière qu'une violente contusion du genou remplit en peu de temps la cavité articulaire du produit de ses exhalans ».

Robert Whytt, Fothergill et Watson regardent l'hydrocéphale aiguë comme essentiellement mortelle ; Lettsom, Willan, Thomas Percival, Odier prétendent avoir guéri le quart ou le cinquième des enfans hydrocéphaliques qu'ils ont eu à traiter ; Bricheteau en a vu guérir trois sur dix-huit. Dans les douze premières années de sa pratique, Itard n'a guéri qu'un enfant et un adulte sur dix-sept sujets qui lui ont paru

évidemment atteints d'hydrocéphale aiguë sans complications; mais, dans les trois années suivantes, il a eu le bonheur de sauver deux enfans sur trois, à l'aide des bains de vapeur. Je pourrais, dit-il, rapporter un plus grand nombre de guérisons, si je n'avais eu soin de mettre hors de ligne plusieurs cas d'épanchemens symptomatiques que j'ai vus disparaître avec la maladie qui les avait produits. Il résulte de là que les médecins qui ont prétendu que l'hydrocéphale était incurable, n'ont eu en vue que celle qui est accompagnée des signes du plus haut degré de l'arachnoïdite et de l'encéphalite, tandis que les autres avaient présentes à l'esprit toutes sortes de nuances d'irritation, d'inflammation du cerveau ou de ses méninges, et que, toutes choses égales d'ailleurs, il y a plus d'espoir quand la maladie dépend dans le principe d'une gastro-entérite attaquée de bonne heure et par des moyens rationnels énergiques, que lorsqu'elle envahit de prime abord l'arachnoïde, marche avec rapidité, et arrive promptement au plus haut degré d'intensité. Lorsque les deux viscères à la fois sont profondément lésés, il ne reste aucun espoir fondé.

Après avoir établi autant qu'il est en nous la nature de l'hydrocéphale, ainsi que les organes affectés dans cette maladie, et indiqué, d'après les meilleurs observateurs, les phénomènes qui la caractérisent, selon qu'elle est congéniale, chronique et lente, ou aiguë, et décrit les traces qu'elle laisse dans les cadavres, selon ces trois circonstances, il convient d'exposer, avec quelques détails, les principes sur lesquels doivent reposer le traitement et la prophylactique de l'hydrocéphale.

S'il est impossible de prévenir l'hydrocéphale congéniale, il est naturel de demander par quels moyens on peut espérer d'en rallentir les progrès, de la rendre stationnaire, et, s'il est possible, de la guérir. Mais que cette maladie existe déjà, à un certain degré, à l'instant de la naissance, ou qu'elle commence à se manifester peu après avec lenteur, c'est, sous le rapport du traitement, le même cas, ou les mêmes indications. C'est encore le même cas, lorsque l'hydrocéphale aiguë passe à l'état chronique. Nous n'avons donc qu'à établir les règles du traitement en raison du type.

L'hydrocéphale aiguë reconnaît pour cause, selon tous les pathologistes, les coups, les commotions violentes, supportés par la tête, la frayeur, la colère, la suppression des hémorragies nasales, de l'exsudation dont la matière forme les croûtes laiteuses, enfin, la constitution régnante. Il n'est pas inutile de dire que cette constitution ne peut être reconnue que lorsque l'on voit régner épidémiquement l'hydrocéphale; les coups, les chutes, l'état habituel de crainte par suite de menaces ou de mauvais traitemens, surtout non mérités, sont des causes dont

le pouvoir est incontestable, et qui portent évidemment leur action sur l'encéphale, par conséquent sur les méninges, car elles s'affectent plus fréquemment que le cerveau lui-même. Il est facile de garantir les enfans de ces deux causes, dont la première est peut-être la plus redoutable, et celle qui occasione le plus ordinairement l'hydrocéphale. Nous ne craignons pas de dire ici que, s'il est des parens qui voient de sang-froid la tête nue d'un jeune enfant frapper la terre, la prudence prescrit de la couvrir d'un bourrelet chez les enfans en bas âge qui commencent à marcher, surtout quand son volume est tant soit peu considérable, relativement aux autres parties du corps. Tous les enfans que nous avons vu périr par suite de l'arachnoïdite décrite sous le nom d'hydrocéphale, avaient une tête volumineuse, et nous sommes persuadés que cette maladie, ainsi que toutes les autres, ne s'établit jamais sans une prédisposition individuelle; voilà, sans doute, pourquoi les chutes, les commotions et la crainte ne donnent pas lieu à l'hydrocéphale chez tous les enfans exposés à ces accidens.

Si l'on réfléchit que les croûtes qui se forment à la surface du crâne, sont le produit d'une sécrétion et, par conséquent, d'une irritation des tégumens épicrâniens, on verra que, tout en rejetant l'absurde humorisme des anciens, il convient de ne rien faire pour supprimer cette sécrétion, puisqu'on ne peut y parvenir qu'en faisant cesser l'irritation sous l'influence de laquelle elle s'exécute. Frank, dans les dernières années de sa vie, disait que l'hydrocéphale était plus répandue en Allemagne depuis qu'on avait adopté le lavage de la tête des enfans à l'eau froide. La vérité n'est pas précisément à égale distance de chaque extrême, comme le prétendent les lâches et les fourbes, mais il est certain que c'est au milieu des idées trop exclusives qu'il faut la chercher. Ainsi, autant il serait absurde d'entretenir une chaleur excessive sur la tête des enfans, puisque cette chaleur y fait affluer le sang à un degré nuisible, autant il devient dangereux de supprimer la transpiration des tégumens épicrâniens par une humidité froide.

Il est une autre précaution qu'il importe de prendre pour préserver les enfans de l'hydrocéphale, c'est de leur maintenir la tête élevée pendant leur sommeil; il est des adultes pour qui c'est un supplice affreux que d'être couché la tête peu élevée : pourquoi n'en serait-il pas de même de plusieurs enfans? Nous sommes persuadés que beaucoup d'enfans succombent à la maladie dont il s'agit, parce qu'on n'observe pas le précepte que nous venons de donner. L'afflux que le coucher sur un plan presque horizontal peut déterminer vers la tête, est encore favorisé par la constriction qu'exercent les langes, les

brassières, constriction qui s'accroît quand l'enfant est couché, à plus forte raison par les brides que l'on place sous la mâchoire inférieure, et qui remontent presque toujours, pendant le sommeil, avec le bonnet auquel elles sont fixées. Rien n'est plus commun que de trouver des enfans au berceau la face gonflée et presque violette, par la constriction qu'opèrent ces brides, restes nuisibles de l'ancien maillot. Nous ne craignons pas de dire ici que l'industrie rendrait un grand service à l'humanité, en s'occupant de trouver, pour les enfans en bas âge, des vêtemens d'une forme simple et commode, qui pussent les garantir du froid et les maintenir propres, sans nuire au développement de leurs organes. Les mêmes précautions, susceptibles de prévenir l'hydrocéphale aiguë, ou du moins de diminuer l'influence de la prédisposition à cette maladie, sont indiquées, soit pour prévenir l'hydrocéphale chronique, soit pour en arrêter les progrès.

Calmer l'irritation, prévenir l'épanchement, chercher à le dissiper quand il est formé, telles sont les indications principales que présente l'hydrocéphale aiguë, selon les auteurs. Itard recommande de débuter par une ou deux saignées du pied, plutôt que du bras ou du col, quand la période de l'irritation est *bien* marquée, la douleur de tête *bien* violente; pour les très-petits enfans, il se contente de l'application des sangsues. Pour concourir au même but, il prescrit des pédiluves très-chauds, fréquemment renouvelés; les demi-bains, surtout irritans, quand l'abdomen est douloureux; les applications et les frictions de glace sur la tête, complétement rasée, et, par-dessus tout, les vésicatoires larges, nombreux et successifs, de manière à maintenir, sans relâche, un point d'irritation à la peau, et à procurer, chaque jour, une abondante évacuation de sérosité : pour obtenir ce dernier résultat, il laisse, pendant trois jours, l'emplâtre vésicatoire à l'endroit où il a été appliqué, sans autre pansement que de piquer la cloche à sa partie la plus déclive. Il indique ensuite le moxa appliqué au sommet du crâne et le séton placé très-profondément à la nuque, sans en espérer de grands succès.

Aujourd'hui, que l'hydrocéphale est mieux connue, il est nécessaire de tracer un plan de traitement mieux approprié à la nature décidément inflammatoire et au siége du mal. Lorsque l'hydrocéphale débute par des signes d'irritation gastrique, sans attendre ce qui doit arriver, il faut attaquer de suite cette irritation; c'est le meilleur moyen de prévenir l'hydrocéphale. Consultés pour une petite fille dont nous trouvâmes la langue rouge sur les bords, et surtout à la pointe, et, de plus, piquetée de points rouges, la peau sèche, des vomissemens et de la tristesse, nous prescrivîmes quatre sangsues à

l'épigastre, et, à la vue de la tête très-volumineuse de l'enfant, nous recommandâmes aux parens de recourir au même moyen chaque fois que la même irritation gastrique reparaîtrait dans la suite, afin de prévenir les convulsions, auxquelles nous avions lieu de la croire disposée. L'enfant se trouva mieux pendant quelques jours, au bout desquels la gastrite reparut avec une vive douleur de tête, une agitation continuelle de cette partie, des mouvemens convulsifs des yeux, des rougeurs subites alternant avec la pâleur, de la somnolence et des cris plaintifs; nous fîmes réappliquer des sangsues à l'épigastre, donner des bains de pieds chauds, placer des linges imbibés d'eau froide sur le front; tout cet appareil effrayant de symptômes disparaît. Avons-nous prévenu le développement de l'hydrocéphale? Quelques faits analogues nous le font penser, et nous sommes persuadés qu'une semblable conduite doit être celle de tout médecin; mais il ne suffirait pas toujours de chercher à dissiper l'inflammation des voies digestives; pour peu que les symptômes de l'arachnoïdite persévèrent, il faut, sans délai, la combattre plus efficacement que par les pédiluves, et pour cela, appliquer des sangsues aux tempes, au nombre de trois, quatre, cinq ou davantage, selon l'âge ou la force du sujet. L'emploi de ce moyen doit être dirigé avec beaucoup de soin; afin de tirer tout le sang nécessaire, on fait prendre un bain de pieds chaud, à l'instant où un afflux nouveau semble être sur le point de s'établir, et même on applique des réfrigérans sur la tête.

L'emploi des réfrigérans sur le crâne exige de grands ménagemens, il y aurait beaucoup d'inconvénient à y recourir quand on n'a point encore tiré de sang; il faut s'abstenir de l'employer quand l'enfant crie tout le temps pendant lequel on laisse la glace en contact médiat avec son front.

La saignée est-elle indiquée dans l'hydrocéphale? Elle est contre-indiquée quand il y a gastrite; elle ne doit être pratiquée que chez les enfans doués d'une pléthore que l'on peut considérer comme précoce dans le premier âge de la vie; dans tous les cas, cette opération ne nous paraît pas devoir suffire.

L'application des vésicatoires doit être proscrite aussi longtemps que l'arachnoïdite donne des symptômes non équivoques de son existence; l'idée de tirer beaucoup de sérosité par ce moyen n'en justifierait l'emploi que quand l'épanchement est formé; combien ce moyen a-t-il fourni de succès? Bien peu sans doute, puisqu'Itard n'en compte pas un seul qu'il ait cru pouvoir lui attribuer.

Les demi-bains sont utiles contre la gastrite; on ne doit point y recourir quand celle-ci n'a pas lieu; on ne doit les employer qu'avec réserve dans toute inflammation cépha-

lique, puisque, moins à la vérité que les bains entiers, ils peuvent accroître l'afflux du sang vers les parties supérieures du corps, par l'impression qu'ils communiquent au mouvement circulatoire.

En somme, le traitement de l'hydrocéphale aiguë doit se composer de ceux de la gastrite et de l'arachnoïdite, combinés d'après le mélange qu'on observe des deux inflammations. Lorsque les signes que l'on dit être produits par l'épanchement et par la compression ont lieu, et que ceux d'irritation gastrique ont cessé, au moins en partie, c'est le moment d'insister sur les dérivatifs, trop souvent impuissans, quand le mal en est venu jusque-là. Les sinapismes, promenés sur les extrémités inférieures, excitent momentanément le mouvement vital et l'activité cérébrale, qui retombent ensuite plus bas qu'auparavant; quelquefois même ces irritans renouvellent les premiers phénomènes d'irritation manifeste de l'encéphale ou des voies gastriques, sans aucun avantage. Que dire de quelques médecins qui pensent avoir guéri *un* enfant à l'aide d'*un* moxa ou du séton? Ce n'est pas dans l'hydrocéphale aiguë que des moyens dont l'action curative est si lente peuvent être utiles; et il est plus probable que le moxa doit nuire par la douleur excessive qu'il occasione.

Plus occupé de résoudre l'épanchement que d'attaquer de bonne heure l'inflammation qui en est la cause prochaine, on a préconisé le mercure et les purgatifs, soit à titre d'évacuans, soit à titre de dérivatifs. Itard blâme l'usage du mercure, surtout en frictions, au début de la maladie; la salivation qu'on cherche à produire, lui paraît un moyen dangereux à cette époque de la grande irritation cérébrale, en raison de la turgescence sanguine du cerveau, inséparable de toute salivation mercurielle. Mais le protochlorure de mercure ne lui semble pas avoir cet inconvénient. Au lieu de le prescrire, comme le font tous les Allemands, à la dose de quinze, vingt et vingt-cinq grains par jour, il en donne trois ou quatre grains incorporés dans du miel chaque jour. Même à cette faible dose, nous avons vu ce composé procurer la salivation deux fois, sans que le malade ait échappé à la mort. Le même observateur avait vu trois fois la salivation revenir avec des doses plus fortes, sans succès; et, comme dans le nombre des guérisons qu'il a obtenues, il n'en cite aucune due à ce moyen, nous persistons à douter de son utilité dans le traitement de l'hydrocéphale, malgré les nombreux témoignages de nos voisins.

On ne peut trop, selon Itard, insister sur les purgatifs, dès l'invasion même de l'hydrocéphale aiguë, où, dit-il, ils sont indiqués de plus par la constipation; le mercure doux remplit parfaitement cette indication. Itard dit avoir vu de bons effets

de la teinture anisée de coloquinte ; il recommande aussi les lavemens purgatifs, et en général, dit-il, les purgatifs doivent être administrés à des doses au moins doubles de celles qui sont fixées par l'art dans les cas ordinaires. Nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter que de tels moyens sont dangereux quand il y a des signes de gastrite et d'entérite, et cela est si vrai, que ce praticien ajoute : mais il ne faut pas perdre de vue l'état des viscères abdominaux, dont la sensibilité ou la rénitence devient une puissante contre-indication, et réclame de préférence l'emploi des fomentations et des demi-bains. Nous ne dirons rien des antispasmodiques en potions et en épithèmes ; les premiers sont rejetés par le vomissement, et ne peuvent lieu sur l'état morbide de l'encéphale ; les seconds sont inutiles, car ce n'est pas chez les jeunes enfans qu'il importe d'agir sur le cerveau par des espèces d'amulettes.

Itard voudrait, en même temps qu'on cherche à diviser l'irritation, qu'on s'occupât d'expulser ses produits par les urines ou par la sueur. Pour y parvenir, il recommande la digitale pourprée, les préparations scillitiques, avec un onguent composé d'extrait de digitale, dans lequel on a éteint du mercure coulant ; il a obtenu un succès inespéré, qui n'a duré qu'une journée. Bricheteau préfère la scille à tous les autres diurétiques, dans le traitement de la maladie dont il s'agit ; Labonnardière la prescrivait avec le protochlorure de mercure ; Flajani a recommandé le vin scillitique ; tous ces moyens font uriner les malades, mais les guérissent-ils ? Non !

Ce qu'Itard dit des bains de vapeur est tout autrement important ; ainsi que nous l'avons dit, il a obtenu deux guérisons par ce moyen ; pour l'administrer, on chauffe, dit-il, une baignoire vide, en la lavant avec de l'eau bouillante, ou en la tenant pendant quelques minutes renversée sur un réchaud allumé. On y place ensuite le malade, assis sur un tabouret bas, et les pieds également posés sur un support ; on verse alors dans la baignoire cinq ou six pintes de liquide bouillant : celui qui excite le plus efficacement la transpiration, est une décoction de fleurs de sureau dans le vinaigre Une couverture, tendue sur la baignoire, et tournant autour du cou du malade, ne lui laisse que la tête dehors. On couvre cette partie avec une serviette pliée en plusieurs doubles et trempée dans l'eau froide. Au bout de sept à huit minutes, la sueur de la figure annonce celle de tout le corps, on laisse encore quelques minutes s'écouler, et l'on retire le malade pour le placer dans un lit chaud.

On ne saurait trop recommander à l'attention du praticien une maladie si rarement curable quand elle est parvenue à son dernier période, et il est à désirer que l'on ne néglige au-

cune occasion de chercher les moyens propres à la guérir lorsqu'elle est arrivée à ce degré ; le plus sûr sera toujours de l'attaquer vigoureusement dès son début, alors même qu'on n'est pas encore assuré de son existence, car il vaut mieux ignorer si on a eu le bonheur de la prévenir, que de tenter l'honneur de la guérir. Mais comme, malheureusement, le médecin est rarement appelé à temps, nous recommandons les bains de vapeurs, après toutefois les émissions sanguines ; un moyen qui a réussi formellement entre les mains d'un habile praticien dont la véracité est bien connue, ne doit pas être dédaigné.

Faut-il parler du traitement indiqué dans l'hydrocéphale aiguë secondaire, qui, dit-on, vient compliquer les fièvres, les phlegmasies, les névroses? Un tel soin serait inutile, puisque cette prétendue complication d'une hydropisie avec une autre maladie n'est rien autre chose que l'erreur du médecin qui change le nom d'une maladie quand elle devient plus intense, ou envahit un organe que jusque là elle avait respecté.

Le traitement de l'hydrocéphale chronique doit reposer sur les mêmes principes que celui de l'encéphalite aiguë ; seulement les antiphlogistiques ne sont pas aussi utiles, car l'irritation est moins intense, elle est bornée à la membrane séreuse, il y a, pour ainsi dire, un surcroît habituel de sécrétion, plutôt qu'état morbide proprement dit ; l'organe vit plus qu'il ne doit dans l'équilibre du corps. Mais chaque fois que de la céphalalgie, une chaleur brûlante se fait sentir au front, et que le pouls devient dur, quelques sangsues appliquées aux tempes sont indiquées. Il serait désavantageux de provoquer une déplétion tant soit peu considérable des vaisseaux, en raison du danger qu'il y aurait pour le cerveau si le liquide venait à être résorbé tout à coup en grande partie, chose qui pourrait arriver, toute évacuation très-abondante de sang augmentant prodigieusement l'action des agens de l'absorption. Au reste, il y a d'importantes recherches à faire sur l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de l'hydrocéphale chronique.

Les vomitifs modérés, les vésicatoires à demeure au col ou sur la tête, le protochlorure de mercure à petites doses souvent répétées, la scille et le quinquina, les antiscorbutiques, l'exercice en plein air chaque jour, quel que soit l'état du malade, tels sont les remèdes qui, selon Itard, doivent composer la base du traitement, et dont je me suis servi, dit-il, avec des succès qui m'ont un peu consolé de mes revers dans mes divers traitemens de l'encéphalite aiguë. Les applications froides sur la tête ne lui ont paru être d'aucun avantage, et même il les a vu aggraver la faiblesse en peu de jours ; il leur préfère un mélange de vin scillitique et d'eau de mélisse légè-

rement échauffée, dont il fait laver la tête, les bras et les plaies des vésicatoires; mais, dit-il, quand les symptômes d'une compression non interrompue se sont décidément établis, tout remède est inutile, et plus encore dans les cas où l'épanchement fait grossir la tête.

La ponction du crâne, dans l'hydrocéphale complétement caractérisée par le volume extraordinaire de cette partie, est une opération dont l'audace coupable n'est justifiée par aucune espèce de probabilité de succès. Des faits récens d'hydrorachis, dans lesquels de hardis charlatans ont pratiqué une opération non moins meurtrière, sont venus malheureusement confirmer l'opinion de Petit et de tous les chirurgiens chez lesquels la soif de la célébrité ne fait pas taire la voix de la conscience.

Il nous reste à parler de l'hydrocéphale chronique, effet d'une altération de structure du cerveau, telle qu'un squirre, des tubercules, des kystes, de la matière encéphaloïde, etc. Itard est porté à regarder ces lésions autant comme complications que comme causes de la collection séreuse, on pourrait ajouter comme deux résultats d'un même état morbide; et, en effet, aujourd'hui l'origine inflammatoire des unes et des autres est bien démontrée. L'engorgement et le volume extraordinaire, l'induration ou l'atrophie et la flétrissure du corps pituitaire, les varices, les hydatides du plexus choroïde, les hydatides du cerveau accompagnent souvent l'hydropisie dont il s'agit, et qui n'exige pas d'autre traitement que les moyens toujours infructueux dirigés contre les lésions organiques qu'elle complique, ou plutôt contre les symptômes qui en sont les signes presque toujours équivoques. *Voyez* ARACHNOIDITE, CERVEAU, ENCÉPHALITE.

HYDROCÉPHALE (art vétérinaire). Quoique cette affection puisse se développer chez les animaux à la suite des causes qui la déterminent après la naissance dans l'espèce humaine, c'est plutôt dans l'utérus même qu'elle attaque le fœtus, et le cas où elle existe au moment de la naissance est le moins rare de tous. Nous possédons dans notre cabinet une tête d'hydrocéphale de poulain mâle, hideuse et monstrueuse par sa configuration bizarre et ses dimensions excessives; l'on a été obligé, pour obtenir la mise-bas sans exposer les jours de la mère, de rompre, dans le corps même de celle-ci, l'assemblage des os composant la cavité encéphalique, ce qui s'est effectué avec d'autant moins de difficulté, que l'inspection anatomique a fait voir les sutures écartées.

L'hydrocéphale qui se manifeste après la naissance commence ordinairement par les signes d'une douleur violente et continuelle à la tête; l'animal se frotte les yeux, le nez et la bouche sur les corps qu'il rencontre; il offre des symptômes

de vertige, grince des dents, et a le pouls irrégulier et quelquefois intermittent. Les yeux, en premier lieu fort sensibles à l'impression de la lumière, et même enflammés, deviennent ensuite fixes, insensibles, et ont la pupille dilatée. A cette époque, la tête est basse et appuyée dans la maugeoire, la marche est vacillante et peu sûre, l'exercice des sens est suspendu, et tout annonce une langueur générale. Il survient des convulsions, surtout dans les yeux, la vue devient nulle, le malade se mouille de sueurs partielles, et termine sa vie dans un état comateux.

Cette maladie est très-grave et presque toujours mortelle. Il est vrai qu'on se méprend quelquefois sur la nature de la cause qui la détermine, et qu'on enseigne peut-être encore qu'elle est quelquefois le résultat d'une cause débilitante qu'on se croit obligé d'attaquer avec des toniques. C'est une erreur dangereuse pour la pratique : l'hydrocéphale aiguë est toujours produite par une excitation ou une phlegmasie essentielle ou sympathique de l'arachnoïde du crâne, d'où il suit un épanchement séreux qui opère nécessairement la compression cérébrale, de laquelle dérivent tous les dangers. C'est donc à calmer cette phlegmasie, afin de prévenir l'épanchement, ou à chercher à dissiper celui-ci, s'il est possible, quand il s'est formé, qu'il faut s'attacher, pour espérer quelque chose.

Ces indications principales doivent être remplies sans perdre de temps et d'une manière un peu énergique. La période d'irritation commençant, ou étant bien marquée, on débute par plusieurs saignées successives appliquées à la saphène ou à la jugulaire, si celle de la sous-cutanée des cuisses ne fournissait pas assez; on applique continuellement de la glace pilée sur la nuque; on place de larges vésicatoires, nombreux et successifs, qu'on laisse en place deux ou trois jours, en se contentant de crever la cloche et d'enlever l'épiderme soulevé; on les change de place, et l'on fait en sorte d'avoir consécutivement un point d'irritation à la peau, et une abondante évacuation de sérosité. On pourrait aussi tenter le moxa au sommet du crâne, ou le séton placé à la nuque très-profondément et avec le fer chaud. Pour l'intérieur, on conseille les drastiques les plus énergiques, dans l'intention d'appeler ailleurs et de détruire, par une utile dérivation, la fluxion qui s'établit dans l'encéphale. Cette méthode n'est pas sans inconvéniens : elle a celui très-grand de susciter une perturbation considérable dans toute l'économie, et de produire, sur la surface interne des intestins, une irritation vive, qui ajoute à l'intensité de celle déjà existante sur la muqueuse intestinale, et qui est en outre susceptible de réagir à son tour sur les membranes de l'encéphale. On ne peut toutefois se dissimuler que les agens

purgatifs ont été avantageux, dans le cas d'hydropisie, aux animaux mous et lymphatiques, qui ont la fibre très-relâchée et la sensibilité très-obtuse. L'on doit aussi provoquer la sueur par tous les moyens connus pour y parvenir.

HYDROCHLORATE, s. m., *hydrochloras;* sel formé par la combinaison de l'acide hydrochlorique avec une base salifiable.

Les hydrochlorates diffèrent les uns des autres quant à la manière dont ils se comportent, lorsqu'on les expose à l'action du feu. En effet, les uns se convertissent en acide hydrochlorique et en oxide métallique, tandis que les autres se transforment en chlorures : il suffit de chauffer assez ces derniers pour les dessécher. Tous ces sels laissent dégager leur acide sous la forme de vapeurs blanches, assez épaisses, et d'une odeur piquante, lorsqu'on les arrose d'acide sulfurique.

HYDROCHLORATE D'AMMONIAQUE, s. m., *hydrochloras ammonii*, appelé autrefois *sel ammoniac*, *muriate d'ammoniaque*, est solide et blanc, et cristallise en prismes hexaëdres aiguillés, qui se groupent sous forme de barbes de plumes. Sa saveur est âcre, piquante et urineuse. Il est un peu élastique et ductile, ce qui le rend difficile à pulvériser : l'air ne l'altère pas. Il se dissout dans un peu moins de trois fois son poids d'eau, à la température de quinze degrés. Quand on le chauffe au feu, il fond dans son eau de cristallisation, et, après s'être desséché, se sublime sous la forme de vapeurs blanches, qui, en se condensant, produisent, soit des rhomboïdes, soit une masse plus ou moins épaisse.

Ce sel existe, en petites quantités, au voisinage des volcans; il se trouve aussi dans l'urine de l'homme et les excrémens de quelques animaux, en particulier du chameau. C'est de cette dernière substance qu'on l'extrait en Egypte; mais en Europe on se le procure en décomposant le sulfate de potasse par le sous-carbonate d'ammoniaque qui provient de la distillation des matières animales, et chauffant ensuite le sulfate d'ammoniaque produit de cette opération avec du sel marin.

L'impression qu'il fait sur la langue annonce assez qu'il doit être rangé dans la classe des excitans. Son action est même si énergique, qu'introduit à forte dose dans l'estomac des animaux, il devient un véritable poison, qui cause une inflammation accompagnée d'un désordre général, et suivie de la mort. Appliqué sur la peau, il y fait souvent naître des boutons qui se changent en croûtes. On a remarqué qu'à doses modérées, il mettait assez ordinairement en jeu les sympathies de l'estomac avec la peau, et produisait ainsi un effet sudorifique; mais il faut, quand on l'administre, prendre en grande consi-

dération la susceptibilité individuelle du sujet et l'état des voies gastriques; car, pour peu que l'estomac soit impressionnable ou irrité, son contact produit du malaise, et parfois même le vomissement. On peut donc lui appliquer toutes les réflexions qui se rattachent à l'emploi des toniques en thérapeutique.

Quant à la manière de l'administrer, elle varie : on le donne effectivement en pilules ou en électuaire, en l'unissant, soit à des poudres végétales, soit à des extraits. La dose commune est de six ou huit grains; on la réitère jusqu'à cinq et six fois par jour.

En traitant ce sel avec l'hydrochlorate acide de tritoxide de fer par le feu, il se sublime un mélange d'hydrochlorate d'ammoniaque et de chlorure de fer, solide, d'un jaune rougeâtre, d'une saveur piquante, amère et un peu atramentaire, inusité aujourd'hui, mais qu'on employait autrefois comme excitant.

HYDROCHLORATE DE PROTOXIDE D'ANTIMOINE, s. m., *hydrochloras stibii;* sel liquide, acide, sans couleur et d'une saveur caustique, qui se transforme, par l'addition de l'eau, en sous-hydrochlorate insoluble et en surhydrochlorate solide, et qui, lorsqu'on le chauffe, se dessèche et se convertit en chlorure d'antimoine, désigné autrefois sous le nom de *beurre d'antimoine*. Il n'existe pas dans la nature, et ne sert à rien.

HYDROCHLORATE (SOUS-) DE PROTOXIDE D'ANTIMOINE, s. m., *subhydrochloras stibii*; sel blanc, pulvérulent et insoluble, qu'on employait autrefois, sous les noms de *poudre d'Algaroth* et de *mercure de vie*, pour faire le tartre stibié.

HYDROCHLORATE DE BARYTE, s. m., *hydrochloras barytae*; sel appelé autrefois *terre pesante* et *muriate de baryte*. Il cristallise en prismes à quatre pans très-larges et peu épais. Sa saveur est âcre et très-piquante. Il se dissout dans deux fois et demie son poids d'eau à quinze degrés. L'action du feu, en le desséchant, le convertit en chlorure de barium. Il n'existe pas dans la nature.

Comme tous les composés barytiques, ce sel est très-vénéneux. Même à petites doses, il produit des vertiges, des vomissemens, des coliques, des superpurgations, des sueurs, et souvent la fièvre. Les médecins n'ont cependant pas craint de l'employer. Crawford l'a conseillé dans les scrofules et la phthisie pulmonaire, affections contre lesquelles l'arsenal entier des toniques et des stimulans a été mis à contribution, sans succès bien constaté. Malgré les éloges que Hufeland et Althof lui ont prodigués, même dans les maladies de la peau et les affections syphilitiques, il est tombé dans l'oubli, depuis qu'il a échoué entre les mains de praticiens peu disposés

à croire sur la foi d'autrui. On ne s'en sert plus guère aujourd'hui, et rien n'autorise à croire qu'on cherche de long-temps à lui redonner de nouveau une vogue momentanée.

HYDROCHLORATE DE CHAUX, s. m., *hydrochloras calcis ;* sel très-déliquescent, d'une saveur âcre, amère et très-piquante, qui cristallise, mais difficilement, en prismes à six pans striés et terminés par des pyramides aiguës. L'action du feu le transforme en chlorure de calcium, qui porte le nom de *phosphore de Homberg*, parce que, frotté dans l'obscurité, il y paraît lumineux. Ce sel existe dans les matériaux salpêtrés et dans les eaux de plusieurs fontaines, mais mêlé la plupart du temps avec des hydrochlorates de soude et de magnésie, dont on a beaucoup de peine à le séparer. On l'emploie pour obtenir des froids artificiels, et pour dessécher un grand nombre de gaz. Peu usité maintenant en médecine, il tenait place autrefois parmi les prétendus fondans, c'est-à-dire qu'on l'administrait dans les engorgemens scrofuleux et les tumeurs squirreuses. C'est un stimulant assez énergique.

HYDROCHLORATE DE FER, s. m., *hydrochloras ferri.* On distingue trois sels de ce nom, le proto, le deuto et le tritohydrochlorates, suivant le degré d'oxidation auquel se trouve le fer combiné avec l'acide hydrochlorique. Tous trois sont toniques et stimulans, mais il est rare qu'on y ait recours.

HYDROCHLORATE DE MERCURE, s. m., *hydrochloras mercurii.* On donne ce nom à la solution aqueuse de deutochlorure de mercure. *Voyez* MERCURE.

HYDROCHLORATE D'OR, s. m., *hydrochloras auri ;* sel styptique et très-astringent, soluble dans l'eau, qui cristallise en prismes quadrangulaires aiguillés, ou en octaèdres tronqués, d'un jaune serin, et fortement déliquescens. On l'a rangé parmi les plus puissans antisyphilitiques. *Voyez* OR.

HYDROCHLORATE DE POTASSE, s. m., *hydrochloras potassæ ;* sel incolore, piquant et amer, très-déliquescent, qui se transforme, par la cristallisation, en chlorure de potassium. Il existe en petite quantité dans les végétaux et dans quelques humeurs animales. Connu autrefois sous le nom de *sel fébrifuge de Sylvius*, il passait pour fondant et fébrifuge, à raison de l'impression stimulante qu'il exerce sur les tissus vivans. On ne s'en sert plus aujourd'hui.

HYDROCHLORATE DE SOUDE, s. m., *hydrochloras sodæ ;* solution aqueuse de chlorure de sodium. On trouve ce sel dans presque toutes les eaux, dont quelques-unes en contiennent une assez grande quantité pour être salées au goût. C'est un excitant qui devient quelquefois purgatif à certaines doses. Il entre comme assaisonnement dans toutes les préparations culinaires, et sert à une foule d'usages connus de tout le monde.

HYDROCHLORIQUE, adj., *hydrochloricus*; nom sous lequel on désigne aujourd'hui un acide, qui a porté successivement ceux d'*acide* ou d'*esprit de sel marin*, *acide marin*, *esprit de sel*, et *acide muriatique*.

C'est un gaz sans couleur, d'une odeur forte, piquante et suffocante, d'une saveur âcre et caustique, qui produit d'épaisses vapeurs blanches à l'air libre, éteint les corps en combustion, et rougit avec force la teinture de tournesol. Sa pesanteur spécifique est de 1,247. Il est très-soluble dans l'eau, qui, à la température de vingt degrés, et à la pression ordinaire de l'atmosphère, peut en dissoudre les soixante-dix centièmes de son poids, ou quatre cent soixante-quatre fois son volume; cette dissolution n'a pas de couleur; elle fume et perd son acide lorsqu'on la chauffe. Le gaz se condense, sans changer d'état, par l'action du froid, même le plus vif. Quelque forte que soit la chaleur, elle ne lui fait subir aucune altération. Un courant d'étincelles électriques le décompose en partie, et le transforme en hydrogène et en chlore.

L'acide hydrochlorique est composé de parties égales en volume d'hydrogène et de chlore. On le trouve fort rarement pur dans la nature; peut-être même n'existe-t-il sous cet état que dans certaines eaux voisines de volcans en pleine activité. Mais il est très-commun, combiné avec les oxides métalliques, notamment avec celui de sodium. On l'obtient en décomposant l'hydrochlorate de soude par le moyen de l'acide sulfurique concentré.

C'est un des réactifs que les chimistes emploient le plus souvent. Dans les arts, il sert à préparer l'hydrochlorate d'étain, l'eau régale et même le chlore. On l'administre rarement à l'intérieur, quoiqu'étendu dans une suffisante quantité d'eau, il possède les mêmes propriétés que les autres acides minéraux. L'expérience a prouvé qu'on avait eu tort de leur attribuer des vertus lithontriptiques : s'il a pu quelquefois favoriser la sortie des graviers, dans l'ischurie rénale, c'est en agissant à la manière de tous les antiphlogistiques, en combattant, diminuant l'irritation des reins. On s'en sert pour toucher les aphthes gangréneux, pour préparer des pédiluves irritans, des fomentations astringentes. Il entre dans la composition d'un onguent préconisé contre la teigne.

HYDROCYANIQUE, adj., *hydrocyanicus*; nom donné par Gay-Lussac à un acide désigné auparavant sous celui de *prussique*, et dont on doit la première connaissance à Scheele, qui le trouva dans le bleu de Prusse, découvert par Diesbach, et qui en démontra assez bien la nature, quoiqu'il ne l'ait cependant connu que combiné avec une grande quantité d'eau.

Cet acide est composé de cyanogène et d'hydrogène, dans

la proportion d'un demi-volume du premier gaz, et d'un demi-volume du second, de sorte qu'il contient en poids, sur cent, 44,69 de carbone, 51,66 d'azote, et 3,65 d'hydrogène.

Quand il est pur, c'est-à-dire le plus concentré qu'on ait pu l'obtenir jusqu'à ce jour, c'est un liquide transparent, incolore, beaucoup plus léger que l'eau, et d'une grande volatilité : en effet, il bout à 26,5 degrés, sous une pression de 0^m76; cependant il se congèle à 15 degrés au-dessous de zéro. Lorsqu'on en verse quelques gouttes sur du papier, la portion qui se volatilise aussitôt, produit un froid assez considérable pour faire cristalliser l'autre : nul autre liquide connu ne partage cette propriété. L'acide, lorsqu'il est solidifié, affecte quelquefois la forme du nitrate d'ammoniaque; sa saveur, d'abord fraîche, ne tarde pas à devenir âcre et brûlante; son odeur est si forte, qu'elle produit presque, sur-le-champ, des maux de tête et des étourdissemens; elle excite la toux, et ne devient supportable qu'autant que l'acide se trouve dispersé dans une grande masse d'air; alors elle paraît analogue à celle des amandes amères ou des fleurs de pêcher. L'acide se dissout très-bien dans l'alcool et l'éther; mais il est peu soluble dans l'eau, à la surface de laquelle il se rassemble, comme font les huiles et les éthers. Il ne rougit que légèrement la teinture de tournesol. Lorsqu'on l'abandonne à lui-même, dans des vaisseaux fermés, il se décompose, quelquefois en moins d'une heure, et rarement parvient-on à le conserver au-delà de quinze jours : d'abord, il prend une teinte brune-rougeâtre, qui devient de plus en plus foncée, et il ne tarde pas à se convertir en une masse noire, qui exhale une forte odeur ammoniacale; cette masse est composée d'hydrocyanate d'ammoniaque et de carbone uni à l'azote. Le contact de la lumière accélère sa décomposition. Coûllon a reconnu qu'il suffisait de le laisser exposé pendant une heure aux rayons du soleil, pour lui faire perdre ses qualités délétères. Les pharmaciens doivent donc avoir soin de le conserver en lieu frais et dans des flacons couverts de papier noir. Il s'enflamme dès qu'on en approche un corps en combustion; il précipite le nitrate d'argent en blanc. Uni à la potasse et au protoxide de fer, il forme un sel de couleur citrine, et soluble dans l'eau, dont la dissolution précipite en bleu plus ou moins foncé les sels de protoxide et de tritoxide de fer; en cramoisi un peu brunâtre, ceux de cuivre au maximum d'oxidation; en couleur de sang, ceux d'urane; et en vert pomme, ceux de nickel.

L'acide hydrocyanique existe, à ce qu'il paraît, tout formé dans les feuilles du laurier-cerise, les amandes amères, celles des merises, les amandes, les feuilles et les fleurs de pêcher et quelques écorces. On ne peut distiller aucune matière ani-

male ou végétale azotée, sans qu'il s'en produise une quantité plus ou moins considérable, surtout lorsqu'on calcine ces substances avec de la potasse ou de la soude, et qu'on mêle le résidu avec les acides et la plupart des dissolutions métalliques : c'est l'un des produits constans de l'action de l'acide nitrique sur les matières animales. Clouet prétend aussi qu'il résulte également de celle du gaz ammoniaque sur le charbon incandescent. Enfin, il se développe chez l'homme, dans le cours de certaines maladies, combiné presque toujours alors au fer, et formant un sel que sa couleur bleue ne permet pas de méconnaître. Ainsi, Fourcroy a vu le sang qu'un mélancolique rendait par le nez et les oreilles, teindre le linge en bleu. Coullon a observé le même phénomène, produit par le sang menstruel d'une jeune personne. On trouve aussi dans les livres quelques exemples d'urines, de sueurs, de crachats bleus, et les faits de ce genre deviendront, sans doute, plus nombreux, lorsque les médecins, mieux instruits de tous ceux qu'enseigne la chimie, observeront les maladies rares avec plus d'attention, et d'une manière moins empirique.

Peu de corps intéressent plus vivement le médecin que celui qui nous occupe; car c'est le plus redoutable des poisons connus, et cependant on ne craint pas de l'administrer dans des vues thérapeutiques. Son histoire doit donc être bien connue de tous ceux qui veulent exercer leur profession d'une manière honorable.

On connaît trois procédés pour obtenir l'acide hydrocyanique, savoir : ceux de Scheele, de Gay-Lussac et de Vauquelin.

Le premier consiste à retirer cet acide de l'hydrocyanate de fer : on fait bouillir dix parties de ce sel avec cinq de deutoxide de mercure, et quarante d'eau ; on filtre et on lave le résidu avec dix nouvelles parties d'eau chaude ; on laisse ensuite digérer le liquide sur huit parties de limaille de fer, en y en ajoutant deux d'acide sulfurique étendu de son poids d'eau ; on distille alors, et l'acide hydrocyanique passe avec le premier quart du produit; pour le dégager d'un peu d'acide sulfurique qui s'élève avec lui, on le distille une seconde fois sur du carbonate de chaux.

Pour exécuter le procédé de Gay-Lussac, on chauffe légèrement, dans une cornue, trois parties de deutocyanate de mercure et deux d'acide hydrochlorique liquide et légèrement fumant; l'acide hydrocyanique passe et se condense, avec un peu d'acide hydrochlorique et d'eau, dans un long tube de verre qui communique avec le col de la cornue, qui est courbé à angle droit vers l'une de ses extrémités, qui, à partir de cette courbure, contient, dans deux de ses tiers, des fragmens

de chlorure de calcium, dans l'autre, du marbre concassé, et qui s'abouche avec un petit flacon entouré de glace, aussi bien que le tube lui-même; au bout de quelque temps, on suspend la distillation, on enlève la glace qui entoure le tube, et on le chauffe doucement ; l'eau et l'acide hydrocyanique y demeurent retenus, l'un par le chlorure de calcium, l'autre par le marbre, et l'acide hydrocyanique arrive seul dans le flacon.

Le procédé de Vauquelin consiste à mêler, dans un ballon, du sulfure de fer artificiel et de l'acide sulfurique étendu d'eau, à conduire, par un petit tube recourbé, l'acide hydrosulfurique qui se dégage dans un autre tube horizontal, plus large, placé au-dessus d'un fourneau, et contenant du deutocyanure de mercure, du carbonate de plomb et du chlorure de calcium, isolés les uns des autres; l'acide hydrocyanique, qui se forme aussitôt, passe dans un flacon entouré de glace, abandonnant, au chlorure de calcium, l'eau, et au carbonate de plomb, le peu d'acide hydrosulfurique qu'il pourrait avoir retenu. Ce procédé est plus facile à exécuter que celui de Gay-Lussac, sur lequel il a, en outre, l'avantage de donner un produit plus abondant.

L'acide hydrocyanique, obtenu par le procédé de Scheele, doit être proscrit des pharmacies, parce qu'il n'a pas de propriétés constantes, attendu qu'il contient une quantité d'eau très-variable. Le seul que les pharmaciens doivent employer, est celui que fournit la méthode de Gay-Lussac, ou celle de Vauquelin ; en un mot l'acide pur, affaibli convenablement, c'est-à-dire étendu de huit fois et demie à son poids d'eau, comme le conseille Magendie, qui lui donne, sous cette forme, le nom d'*acide prussique médicinal*. Il n'y a pas d'autre manière d'avoir un point de départ fixe, et tous les médecins feraient sagement d'adopter la formule de Magendie, jusqu'à ce que le gouvernement ait senti la nécessité de la rendre obligatoire pour tous les pharmaciens de France, afin de mettre un terme à l'arbitraire qui règne dans la préparation de l'acide, et qui fait que, sous un même nom, on administre des médicamens fort différens les uns des autres.

A l'état de pureté, l'acide hydrocyanique exerce, sur les animaux, une action délétère que n'égale celle d'aucune autre substance connue. Quelques atomes introduits dans la gueule d'un chien vigoureux, appliqués sur sa conjonctive, ou injectés dans ses veines, le font périr à l'instant même, comme s'il eût été foudroyé. Le seul contact de ce liquide, quoique non concentré, répandu sur la peau du bras, a causé, en quelques heures, la mort de Scharinger, chimiste allemand distingué. Scheele mourut sans doute de la même manière, puis-

qu'il succomba au moment où il s'occupait d'un nouveau travail sur l'objet de sa découverte. On connaît encore deux exemples bien constatés d'un empoisonnement, l'un accidentel, l'autre volontaire, par l'ingestion de cette substance dans l'estomac.

De nombreuses expériences ont été faites pour constater la manière d'agir de l'acide hydrocyanique, par Schræder, Emmert, Gazan, Robert, Ittner, Orfila, Coullon et Magendie. Il en résulte que, quand la mort n'est pas la conséquence immédiate de l'administration d'une assez forte dose d'acide, on observe les phénomènes suivans :

Une, deux ou trois minutes s'écoulent sans qu'aucun accident survienne ; mais alors le liquide vénéneux signale son action par des éternuemens, des baillemens, de la dyspnée, des inspirations et des expirations bruyantes, des cris plus ou moins aigus, des battemens tumultueux du cœur, un flux abondant de salive, et des mouvemens convulsifs, symptômes auxquels se joint une violente épigastralgie, suivant Orfila. Les yeux ne tardent pas à devenir étincelans et proéminens, le corps chancèle, les membres pelviens fléchissent, et le sujet tombe au milieu d'un accès d'opistothonos. Alors la poitrine reste immobile, la respiration demeure suspendue pendant quelques minutes, elle ne se rétablit quelquefois qu'au moment où il survient des vomissemens, ceux-ci s'accompagnent de nouvelles convulsions dans les membres pectoraux, les urines et matières fécales sortent involontairement, la sensibilité s'émousse et s'éteint, en commençant par les membres inférieurs. Cependant les paupières restent immobiles, et les pupilles se contractent de temps en temps, quoique les yeux demeurent fixes, et qu'ils deviennent graduellement insensibles à l'impression de la lumière. Enfin les paupières se ferment, les sens s'abolissent, la langue sort de la bouche, les lèvres se contournent, le ventre s'agite et rentre en dedans, les battemens du cœur deviennent de plus en plus rares et faibles, les muscles pectoraux éprouvent un frémissement très-sensible au toucher, la respiration devient stertoreuse, et la mort s'empare du sujet, au bout de douze ou quinze minutes, ou d'une heure, rarement après vingt-quatre heures. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve, dit-on, aucune lésion notable du canal digestif, ce qui s'accorde assez peu avec l'épigastralgie reconnue par Orfila, et semblerait indiquer qu'on a mal observé ; les intestins conservent quelquefois leur mouvement péristaltique. Tous les organes musculeux qui ne servent pas à la locomotion, sont parfois aussi encore irritables, et on a vu le ventricule droit du cœur continuer de se contracter au bout de vingt à vingt-cinq minutes ; mais les muscles locomo-

teurs ont perdu subitement et complètement leur irritabilité ; le système veineux est gorgé de sang, et le système artériel vide ; les poumons sont tachetés ; souvent la pie-mère est injectée, et la base du crâne baignée de sérosité, quoique le cerveau paraisse dans l'état naturel, ou seulement un peu ramolli ; la putréfaction s'établit difficilement. Dans le cas d'empoisonnement volontaire qu'a rapporté Hufeland, on reconnut que les intestins étaient contractés, plus rouges qu'à l'ordinaire, et phlogosés par places, que le foie et la rate paraissaient imbibés de sang, que l'estomac était enflammé et même sphacélé en plusieurs endroits, que les poumons, lourds et compactes, semblaient hépatisés, enfin que les vaisseaux cérébraux étaient fortement injectés. Nous citons à dessein cette observation importante, dont un homme a fourni le sujet. Elle prouve qu'il existe des différences notables entre les résultats de l'empoisonnement qui a lieu chez l'homme, et ceux qu'ont fournis les expériences sur les animaux. Elle pourra donc engager les physiologistes du jour à être plus circonspects dans les conclusions qu'ils se hâtent de tirer de ces dernières expériences, oubliant que les animaux ont l'estomac moins irritable que l'homme, et que leur cerveau ne joue pas non plus un rôle aussi important.

Vingt, trente ou quarante gouttes d'acide préparé à la manière de Scheele suffisent pour produire les effets qui viennent d'être décrits sur des chiens et des chats. Coullon n'a commencé à éprouver des accidens qu'après en avoir avalé quatre-vingt-six gouttes, étendues dans autant d'eau. A l'instant même, et pendant quelques minutes, il eut une sécrétion de salive plus abondante, et de petites nausées ; son pouls, qui, auparavant, ne battait que cinquante-sept ou cinquante-huit fois par minutes, donna soixante-dix-sept et soixante-dix-huit pulsations au bout de dix minutes, mais, une heure après, il revint à son type ordinaire ; l'expérimentateur éprouva pendant quelques minutes une grande pesanteur de tête, avec de la douleur vers le sinciput, et, pendant plus de six heures aussi, il ressentit une anxiété précordiale assez marquée. L'action de l'acide pur est bien plus violente, comme nous l'avons dit. Coullon a éprouvé une très-forte constriction de poitrine en ouvrant seulement un flacon qui en contenait : un préparateur de Vauquelin fut pris de défaillances, avec impossibilité de se mouvoir, envies de vomir, oppression et céphalalgie, pour avoir flairé un bocal qui avait contenu des vapeurs de cet acide. La même odeur causa des vertiges et des étourdissemens à Ittner.

Quand le rétablissement doit avoir lieu, à la suite d'un empoisonnement aussi redoutable, la respiration devient peu à

peu plus égale, et finit par reprendre son état naturel; les yeux s'animent et tournent dans les orbites; les paupières se resserrent, la déglutition de la salive s'opère, la tête se meut, les membres pectoraux s'agitent, et les sens se réveillent par degrés. Le mieux-être se fait sentir avec d'autant plus de promptitude qu'il y a eu des vomissemens, quoique la progression soit encore pénible et la marche vacillante pendant quelque temps. Tout est rentré dans l'ordre au bout de trois ou quatre heures, à moins que la dose du poison n'ait été forte, et que l'absence des vomissemens n'en ait rendu l'impression plus profonde; car, dans cette circonstance, la sensibilité ne se rétablit qu'au bout de quelques jours, ou même de plusieurs semaines, et le tremblement des membres ne disparaît qu'après un temps fort long.

On a remarqué que l'acide hydrocyanique affaibli détermine la dilatation de la pupille, lorsqu'on vient à le mettre en contact avec la conjonctive. Ce phénomène se manifeste au bout de quelques minutes, croît durant un quart d'heure, demeure stationnaire pendant près d'une heure, et diminue ensuite.

Tout secours serait superflu si l'empoisonnement avait été produit par l'acide pur, ou même par une forte dose de celui de Scheele; mais comme le rétablissement peut avoir lieu si la dose de ce dernier a été faible, on doit chercher à le favoriser. Le lait, conseillé de tout temps, l'eau de savon, la thériaque, le gaz acide chlorique, l'huile d'olives, l'huile pyrozoonique, l'infusion de café, l'ammoniaque, le sous-carbonate d'ammoniaque, la soude, la potasse, l'huile essentielle de térébenthine, et le sulfate de fer uni à la potasse, ont été conseillés tour à tour, comme des antidotes plus ou moins infaillibles; mais aucune de ces substances ne mérite de confiance. Si l'empoisonnement avait été causé par de l'acide mêlé, soit à de l'eau, soit à de l'alcool, tout secours serait inutile, puisqu'il paraît que l'absorption l'entraîne aussitôt sur tous les points de l'économie; il faudrait rester spectateur d'un drame terrible, ou tout au plus pourrait-on administrer des boissons chaudes et émétisées ou laxatives. Les vomitifs ne conviennent que dans les cas où l'empoisonnement serait survenu à la suite de l'ingestion de substances chargées d'acide hydrocyanique, telles que les feuilles de laurier-cerise ou les amandes amères. Au reste, ce point de pratique demande encore beaucoup de recherches; malheureusement il offre aussi de grandes difficultés, car quelle conduite tenir à l'égard d'un corps qui le dispute presqu'à la foudre en activité?

Consulté par la justice dans un cas de cette nature, et appelé à constater un crime dont heureusement nous ne possé-

dons pas encore d'exemple, le médecin pourrait, devrait peut-être même s'écarter de la ligne dont il ne lui est d'ailleurs pas permis de dévier en matière d'empoisonnement. Peut-être, en effet, pourrait-il se prononcer sans être arrivé à fournir la preuve matérielle du délit. En effet, cette preuve est très-difficile, pour ne pas dire même impossible à donner, et la chimie échoue dans l'investigation nécessaire pour constater la présence de l'acide, soit à cause de sa grande volatilité, soit à raison de la facilité avec laquelle il se décompose. L'odeur qu'exhalent les matières contenues dans l'estomac et celle que répand le cadavre entier, peuvent, jointes à la lenteur de la putréfaction, suppléer à l'insuffisance des réactifs, et former un faisceau de preuves qui ne laissent plus de refuge au doute. Cette question, au reste, sort des attributions de la médecine, et rentre dans celles de la jurisprudence; elle prouve seulement combien les lois les plus sages sont loin encore d'avoir été calculées de manière à embrasser l'universalité des cas possibles.

L'acide hydrocyanique figure depuis quelque temps parmi les agens médicinaux. On l'a introduit en médecine comme sédatif, et avec d'autant plus de confiance, que son effet calmant passait et passe même encore pour n'être jamais précédé d'aucune irritation, ainsi qu'on le remarque dans tous les autres narcotiques. Nous avons précédemment donné à entendre que ce fait n'était pas à l'abri de toute contestation, et pour notre compte, il nous paraît peu probable. On sait combien les médecins sont sujets à voir les objets au travers du prisme des théories, et non tels qu'ils s'offrent à nous dans la nature. Ainsi les Italiens ont conseillé l'acide prussique pour modérer l'activité du cœur, s'opposer à l'invasion de la fièvre, et remédier aux accidens des phlegmasies les plus intenses. Mais on reconnaît aisément le vague qui règne dans ce conseil, et lorsqu'on descend aux particularités, on voit que c'est surtout contre les irritations et les phlegmasies aiguës ou chroniques de la poitrine qu'on a recommandé l'acide en question, non-seulement chez l'étranger, mais même chez nous, où Magendie le préconise encore aujourd'hui dans le traitement des toux chroniques, dans l'asthme, la coqueluche et la phthisie pulmonaire. Ce médecin va même jusqu'à dire qu'on possède maintenant assez d'observations pour croire que l'acide hydrocyanique peut procurer une guérison complète de cette dernière affection, lorsqu'elle n'est encore qu'à son premier degré. Mais tous les stimulans appliqués sur les voies gastro-intestinales ne produisent-ils pas des effets analogues dans les maladies de la poitrine, et leur efficacité, temporaire ou permanente, n'est-elle pas en raison de l'irritation dérivative qu'ils occasio-

nent? L'acide hydrocyanique irrite l'estomac, on n'en peut guère douter d'après l'ouverture de cadavre, unique à la vérité, dont nous possédons les détails, et s'il a été rangé parmi les asthénisans, c'est que son action, ressentie par l'encéphale, produit, dans les fonctions de ce viscère, une modification ou une altération particulière, ayant pour résultat l'affaiblissement graduel et enfin l'extinction totale de l'influence cérébrale sur les organes de la sensibilité et du mouvement. Il s'en faut de beaucoup d'ailleurs que tous les praticiens partagent l'opinion de Magendie sur l'efficacité de l'acide hydrocyanique dans la phthisie pulmonaire : cet acide paraît, à la vérité, diminuer la toux, faciliter l'expectoration, et procurer un sommeil qui n'est point accompagné de sueurs colliquatives ; mais on l'a vu souvent causer beaucoup de malaise et de souffrances, et l'on croit avoir remarqué que, s'il adoucit les maux cruels de quelques phthisiques, il hâte aussi pour eux le moment de la catastrophe. Avant de passer dans la pratique vulgaire, cet agent héroïque a donc besoin, nous le disons hardiment, d'être soumis encore à de nombreuses expérimentations, qui ne conduiront à des résultats positifs et satisfaisans que quand des ouvertures de cadavres faites avec soin auront enfin résolu complétement la question encore douteuse de savoir s'il irrite ou s'il débilite les tissus avec lesquels on le met en contact immédiat. Tout porte à croire qu'on a jusqu'ici pris des résultats secondaires pour des résultats primitifs, et c'est ce qui n'arrive que trop souvent quand on étudie les actions d'une machine aussi compliquée que le corps de l'homme.

On a proposé aussi l'emploi de l'acide hydrocyanique dans le cancer et les dartres douloureuses. Il est à désirer que les observations faites à cet égard par Bréra en Italie, et par Thomson à Londres, soient répétées chez nous avec tout le soin et toute l'attention qu'elles réclament.

Nous avons dit que la prudence exige des médecins qui veulent prescrire cet acide, de désigner le procédé par lequel ils désirent qu'on l'ait obtenu, et qu'il y a en conséquence un avantage incontestable à employer la formule donnée par Magendie. L'acide hydrocyanique médicinal de ce praticien se donne sous la forme de potion. On commence par dix ou douze gouttes au plus chaque jour, et l'on en augmente progressivement la dose. Magendie dit être arrivé ainsi à en faire prendre jusqu'à un demi-gros en vingt-quatre heures. On peut également employer le sirop cyanique de ce médecin, composé d'un gros d'acide médicinal par livre de sirop de sucre clarifié. Ce sirop, qu'on commence à faire entrer dans les potions pectorales, ne contient qu'un cent vingt-huitième d'acide. Il diffère par conséquent beaucoup de celui dont on

trouve la formule dans le codex, et qui contient un neuvième de l'acide préparé d'après le procédé de Vauquelin.

HYDRO-ENTÉROCÈLE, s. f., *Voyez* HYDRENTÉROCÈLE.

HYDRO-ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE, s. f., *hydro-entero-epiplocele;* hernie entéro-épiploïque scrotale, compliquée d'hydrocèle, ou d'un amas de sérosités dans le sac herniaire.

HYDRO-ENTÉRO-ÉPIPLOMPHALE, s. f., *hydro-entero-epiplomphalus;* hernie entéro-épiploïque ombilicale compliquée d'une collection séreuse.

HYDRO-ENTÉROMPHALE, s. f., *hydro-enteromphalus;* hernie ombilicale dont le sac renferme à la fois de l'intestin et de la sérosité.

HYDRO-ÉPIPLOCÈLE, s. f., *hydro-epiplocele;* hernie scrotale épiploïque, accompagnée d'hydrocèle.

HYDROGASTRE, s. m., *hydrogastria.* On a donné ce nom à une maladie qui, si elle existe, consiste dans l'accumulation long-temps prolongée d'un liquide morbide, soit dans la cavité de l'estomac, soit dans un kyste situé lui-même dans cette cavité. Itard cite comme exemple de la première espèce l'observation suivante, tirée des ouvrages de Rivière : « Une femme âgée de quarante-huit ans, sentant son ventre grossir, se crut enceinte, et ne revint de cette erreur que lorsque le terme de la grossesse eut expiré : alors elle prit conseil d'un médecin, qui la traita comme hydropique. Soumise, pendant trois ans, à un traitement varié, dont elle ne tira aucun soulagement, elle éprouva, au bout de ce temps, une fièvre continue, avec difficulté de respirer, soif inextinguible, vives anxiétés; enfin elle succomba. Une ouverture qu'on fit d'abord à l'abdomen, pour évacuer les eaux, donna plus de quatre-vingt-dix livres d'une sérosité, qui coula fort trouble à la fin. On plaça dans cette ouverture une tente qui, lorsque l'abdomen fut examiné méthodiquement, fut retrouvée dans la capacité de l'estomac. Ce viscère était d'une ampleur énorme, de la longueur d'une aune, et contenant dans sa partie la plus déclive un amas d'eau bourbeuse, semblable à celle qui s'était présentée à la fin de la grande évacuation. Ses deux orifices, exempts de toute lésion, étaient tellement rapprochés que les alimens *devaient* passer de l'une à l'autre sans tomber dans ce vaste *gouffre d'eau.* Dans le pylore était engagée une vésicule d'un pouce de diamètre, et de la longueur d'un demi-doigt, laquelle faisait saillie dans le duodénum. La membrane interne de l'estomac était parsemée de plusieurs hydatides, les unes entières, les autres déchirées. Les fibres de la membrane interne, très-éraillées, donnaient à croire que le viscère avait perdu sa contractilité ». Il nous semble que cette prétendue hydropisie de l'estomac par exhalation, selon Itard, n'était

qu'un amas d'hydatides qui se se sont rompues, et se sont débarrassées de l'eau qu'elles contenaient, à la suite de la ponction. Il faut rapprocher cette observation de toutes celles où il est fait mention plus clairement d'un kyste séreux ou même méliceritique, évacué par le vomissement ou par les selles, provenant de l'estomac ou des intestins, et dont l'histoire générale est impossible à faire, parce qu'on ne possède que des faits recueillis à une époque où l'anatomie pathologique était au berceau.

HYDROGÈNE, s. m., *hydrogenium;* corps simple, ou du moins indécomposé jusqu'à ce jour, qui, à l'état de pureté, se présente toujours sous la forme d'un gaz incolore, insipide et inodore. Plus léger que l'air et que tous les autres fluides élastiques, sa pesanteur spécifique n'est que de 0,0688; aussi s'en sert-on pour faire les aérostats, à l'aide desquels on parvient à s'élever dans l'atmosphère, et réussit-on sans peine à le transvaser d'un flacon dans un autre rempli d'air. Il s'enflamme à l'approche d'un corps enflammé, ce qui n'empêche pas qu'il n'éteigne les corps en combustion qu'on y plonge assez avant pour les soustraire à tout contact de l'air. Le calorique n'a aucune action sans lui, si ce n'est celle de le dilater. C'est celui de tous les gaz qui fait éprouver la plus forte réfraction à la lumière.

Le gaz hydrogène a été découvert en 1777 par Cavendish. On ne l'a pas encore rencontré pur dans la nature. Il ne s'y trouve que combiné avec d'autres corps, notamment l'oxigène, le carbone et l'azote, formant ainsi l'eau et la plupart des matières végétales et animales.

C'est de l'eau qu'il est le plus facile de l'extraire. Pour cela, il suffit de mettre le liquide en contact avec de l'acide sulfurique et de la grenaille de zinc ou de la limaille de fer.

A la température ordinaire, il ne se combine pas avec l'oxigène, et, suivant toutes les apparences, les deux gaz peuvent alors rester ensemble pendant un espace indéfini de temps, sans agir l'un sur l'autre. Mais, à la chaleur rouge, ou presque rouge, ils s'unissent dans la proportion d'un du second et de deux du premier, c'est-à-dire dans celles qui sont nécessaires pour produire de l'eau. Cette union est accompagnée d'un dégagement de calorique et de lumière. On peut la provoquer par une bougie allumée, par l'étincelle électrique, et même par une pression forte et subite, puisque ces trois circonstances sont également capables d'élever la température des gaz jusqu'à la chaleur rouge. Elle a lieu avec explosion, à moins qu'on n'ait recours à un fil de platine d'un soixantième de pouce de diamètre, porté presque jusqu'au rouge, qu'on plonge dans un mélange de deux volumes de gaz hydrogène

et d'un volume d'oxigène, car alors les gaz se combinent peu à peu autour du fil, qu'ils rendent incandescent. Dans tous les cas le produit est de L'EAU.

Outre l'eau ordinaire, à laquelle les chimistes donnent le nom de protoxide d'oxigène, l'hydrogène est susceptible de former avec ce dernier gaz un second composé, connu sous celui de deutoxide, ou d'eau oxigénée. La découverte de ce nouveau corps, qui jouit de propriétés si remarquables, est due à Thénard. Le procédé qu'on emploie pour se le procurer est très-compliqué et fort minutieux. Nous ne ferons qu'en indiquer les points les plus essentiels, renvoyant pour les nombreux détails aux traités de chimie. Il consiste à dissoudre de la baryte dans de l'acide hydrochlorique, verser une certaine quantité d'acide sulfurique dans la dissolution, répéter ensuite nombre de fois ces deux opérations sur la même liqueur, puis ajouter à celle-ci du sulfate d'argent et enfin de la baryte, et séparer successivement tous les précipités par le filtre. Voici la théorie que Thénard donne de cette opération. L'acide hydrochlorique dissout promptement la baryte, d'où résultent, suivant toute apparence, de l'hydrochlorate de baryte et de l'eau faiblement oxigénée; l'acide sulfurique précipite la base de ce sel, et rend l'acide hydrochlorique libre; celui-ci devient alors capable d'agir sur une nouvelle quantité de baryte, en sorte que si l'on répète plusieurs fois de suite la dissolution et la précipitation, on obtient de l'eau chargée de plus en plus d'oxigène. Quant au sulfate d'argent, il sert à précipiter l'acide hydrochlorique, pour mettre à nu l'acide sulfurique, qu'on précipite à son tour par la baryte.

Le deuxtoxide ou peroxide d'hydrogène est liquide et sans couleur, comme l'eau; s'il a de l'odeur, elle est si faible, qu'elle est à peine sensible pour presque tout le monde. Il détruit peu à peu la couleur du tournesol et du curcuma; il attaque promptement, quelquefois même tout à coup, l'épiderme, qu'il blanchit, causant des picotemens qui varient suivant les personnes et l'épaisseur de la couche de liqueur; il pourrait même finir par attaquer et détruire la peau. Appliqué sur la langue, il la blanchit et la picote aussi, épaissit la salive, et produit une sensation difficile à décrire, mais qui se rapproche de celle que font éprouver certaines dissolutions métalliques. Comme sa tension est bien plus faible que celle de l'eau, il se concentre dans le vide par l'action d'un corps absorbant, tel que l'acide sulfurique. Il peut se vaporiser sans éprouver de décomposition, car, bien que, dans le cas précédent, l'évaporation se ralentisse de plus en plus, et finisse même par devenir extrêmement lente, elle a néanmoins toujours lieu, et la liqueur finit par disparaître tout entière sans

production de gaz. A quelqu'abaissement de température qu'on l'ait soumis, on n'a pu le solidifier. Sa densité est de 1,452, c'est-à-dire beaucoup plus considérable que celle de l'eau. La chaleur le décompose rapidement, mais la décomposition devient d'autant moins facile, qu'elle est plus avancée, ce qui semble annoncer qu'à mesure que l'eau se trouve mise en liberté, elle se combine avec la portion de peroxide non décomposée, et le rend plus stable. Exposé à la lumière diffuse, il se comporte, toutes circonstances égales d'ailleurs, de la même manière que dans l'obscurité. Dans les deux cas, il laisse dégager de temps à autre quelques petites bulles, et finit, au bout de quelques mois, à la température ordinaire, par perdre en grande partie son excès d'oxigène. La lumière directe, en le traversant, ne lui fait éprouver d'altération qu'au bout d'un certain laps de temps. Soumis à l'action de la pile, il donne lieu aux mêmes phénomènes que l'eau ordinaire : seulement le dégagement du gaz oxigène est beaucoup plus considérable. Les métaux, à l'exception du fer, de l'étain, de l'antimoine et du tellure, tendent à le décomposer, et à le ramener à l'état d'eau ; les uns s'oxident, et produisent en même temps un dégagement d'oxigène ; les autres restent à l'état métallique, et dégagent tout l'excès d'oxigène.

L'hydrogène se combine avec le carbone dans un grand nombre de proportions différentes, qui n'ont point encore été parfaitement déterminées jusqu'à ce jour, et sur lesquelles les chimistes ne sont pas d'accord. En effet, le charbon ordinaire, celui de bois, contient toujours de l'hydrogène, en quantité variable à la vérité ; ici le composé est solide. Nous le trouvons liquide dans l'huile de naphthe et dans celle de térébenthine, qui ne sont formées que d'hydrogène et de carbone, d'après Théodore de Saussure et Labillardière. Enfin il s'offre à nous sous forme gazeuse dans une foule de circonstances ; car le gaz hydrogène carboné est un des produits constans de la digestion : la vase des marais en contient toujours ; on le rencontre souvent au sein des houillères ; il se forme toutes les fois que des matières animales ou végétales, abandonnées à elles-mêmes, subissent la décomposition putride ; il se produit surtout lorsqu'on distille ces matières, et qu'elles sont de nature grasse. Mais ce gaz n'est pas toujours identique : Henri et Dalton n'en admettent que deux espèces, tandis que, suivant Berthollet, il en existe un plus grand nombre.

Celui des gaz hydrogènes carbonés sur le compte desquels il existe le moins de doute, est celui que les chimistes appellent *percarboné*, dont la densité est de 0,9816, et qui se compose de deux volumes de carbone unis à deux volumes d'hydrogène. Il n'a ni couleur ni saveur ; son odeur est légèrement

empyreumatique. Il éteint les corps en combustion, et ne peut servir à la respiration. Il brûle avec une flamme blanche et comme fuligineuse, pourvu qu'il ne soit pas séparé du corps en ignition par une toile métallique, car alors il ne s'enflamme pas, propriété sur laquelle repose la belle invention des lampes de sûreté, si précieuses pour les mineurs, dont la découverte est due à Davy. L'eau en dissout une petite quantité. On ne le rencontre pas dans la nature, mais on l'obtient aisément en soumettant à l'action d'une douce chaleur un mélange d'une partie en poids d'alcool et de quatre parties d'acide sulfurique concentré.

Outre ce composé gazeux d'hydrogène et de carbone, la nature nous en présente un autre qui se développe spontanément dans les marais, où on le trouve mêlé avec de l'acide carbonique et de l'azote. Ce gaz est composé d'autant d'hydrogène et de moitié moins de carbone que le précédent. Il se rapproche beaucoup de celui dont, avant l'invention de la lampe de sûreté, le dégagement rendait si dangereuse l'exploitation de quelques mines de houille. On ne peut le fabriquer de toutes pièces, et pour en connaître les propriétés, il faut recueillir les bulles qui se dégagent de la vase des marais, et les traiter par le phosphore et la potasse; la petite quantité d'azote dont il reste ensuite chargé, ne l'altère pas d'une manière notable. En l'examinant alors, on reconnaît qu'il est insipide, incolore et inodore, qu'il brûle avec une flamme jaunâtre, que l'eau ne le dissout pas d'une manière sensible, qu'il prend feu sur-le-champ et détonne par l'étincelle électrique quand on le mêle à l'air ou à l'oxigène en proportions convenables, enfin que sa densité paraît être de 0,5596.

Les chimistes ne connaissent aujourd'hui que deux composés d'hydrogène et de phosphore. Tous deux sont gazeux.

L'un, le gaz hydrogène protophosphoré, est sans couleur. Il a une odeur forte et désagréable, qui se rapproche de celle de l'acide arsénieux réduit en vapeur. Il ne s'enflamme pas par le contact de l'air à la température ordinaire, si ce n'est sous une faible pression; mais il y prend feu, sous la pression ordinaire, à l'aide de la chaleur. L'eau en absorbe un huitième de son volume, à la température et à la pression ordinaires. C'est toujours un produit de l'art.

L'autre, le gaz hydrogène perphosphoré, a une odeur forte et alliacée, une saveur amère, et une pesanteur spécifique de 0,9022. L'oxigène le décompose sur-le-champ. Il s'enflamme spontanément dans l'oxigène ou dans l'air. L'eau n'en dissout qu'une très-petite quantité; il lui communique une couleur jaune, une saveur amère et une odeur analogue à la sienne propre. C'est par son développement spontané dans les lieux

où des matières animales se trouvent enfouies, qu'on explique les feux follets, si communs particulièrement dans les cimetières humides.

Il existe aussi deux composés d'hydrogène et de soufre. L'un est liquide et l'autre gazeux.

Le premier, nommé *soufre hydrogéné* ou *hydrure de soufre*, a une consistance oléagineuse, une odeur et une saveur analogues à celles des œufs pourris, et une pesanteur spécifique supérieure à celle de l'eau. La nature ne nous l'offre nulle part, et c'est toujours un produit de l'art.

Le second, appelé autrefois *gaz hydrogène sulfuré*, porte aujourd'hui le nom d'*acide hydrosulfurique*. *Voyez* ce dernier mot.

La combinaison de l'hydrogène avec l'azote constitue l'AMMONIAQUE, et celle de ce gaz avec l'azote et le carbone, forme le CYANOGÈNE. On donne les noms d'acides HYDROCHLORIQUE, HYDROSÉLÉNIQUE et HYDRIODIQUE aux produits qu'il donne quand on l'unit au chlore, au sélénium et à l'iode.

L'hydrogène pur joue un grand rôle dans la nature, où il remplit de nombreuses et importantes fonctions; mais il n'a que des usages très-bornés dans les arts et les laboratoires de chimie. On ne s'en sert que pour remplir les aérostats, faire l'analyse de l'air, et obtenir une haute température. L'hydrogène percarboné sert maintenant à l'éclairage en grand.

HYDROMÉDIASTIN, s. m., *hydromediastinum*. Mot hybride forgé pour désigner l'hydropisie du médiastin, c'est-à-dire l'accumulation de sérosité qui se fait entre les deux plèvres, à la partie antérieure de leur adossement, où il se forme un kyste. Cette hydropisie, qui n'a guère lieu qu'avec l'hydrothorax, l'hydropéricarde ou l'hydropneumonie, a pour caractère, selon Monro, le sentiment d'un poids qui changerait de place, et se porterait à droite, à gauche, sur le diaphragme ou vers la colonne vertébrale, selon la situation du malade; Itard conteste l'exactitude de ce signe. Chardel a observé un cas d'hydromédiastin simple chez une femme; elle éprouvait une grande difficulté de respirer, une suffocation imminente, quand elle se redressait, des syncopes fréquentes, des pulsations violentes sur le sternum; elle avait le pouls faible, irrégulier, la face bouffie, les mains et les pieds œdémateux, les lèvres injectées; elle se couchait facilement sur les deux côtés; une diarrhée hâta sa fin. A l'ouverture du cadavre, le médiastin était rempli de sérosité, et l'aorte portée en avant. La péripneumonie et la pleurésie peuvent donner lieu à des épanchemens de sérosité, même sanguinolente, dans le médiastin. Rivière rapporte un cas de ce genre. Tel peut être aussi le résultat de la MÉDIASTINITE aiguë ou chronique.

S'il était possible de reconnaître sûrement, pendant la vie, l'existence de l'hydromédiastin, et que les moyens qu'on oppose aux hydropisies en général demeurassent inutiles, il serait indiqué de perforer le sternum, ainsi qu'on le fait dans les abcès du MÉDIASTIN, à la suite des inflammations du tissu cellulaire de cette partie.

HYDROMEL, s. m., *hydromel;* dissolution aqueuse de miel.

On prépare communément ce liquide en faisant fondre une once et demie de miel dans deux livres d'eau tiède.

C'est une boisson adoucissante et légèrement laxative.

Il ne faut pas la confondre avec l'*hydromel vineux*, qui résulte de la fermentation du miel dans l'eau, et qui jouit de propriétés excitantes, à raison de l'alcool qui s'y est développé.

HYDROMÈTRE, s. f., *hydrometra;* hydropisie de la matrice. Cette maladie, encore assez peu connue, parce qu'elle est peu commune, n'a jamais lieu avant la puberté; très-rarement on l'observe après la cessation des règles; il est douteux qu'on l'ait rencontrée chez des vierges, quoique la chose ne soit pas absolument impossible. Une constitution affaiblie par des pertes utérines, par des fausses couches, une leucorrhée habituelle, des accès d'hystérie, en un mot, toutes les causes susceptibles d'entretenir vers l'utérus un état prolongé d'irritation, tout en jetant le système musculaire dans la débilité, passent pour disposer à l'hydromètre; une contusion à l'hypogastre, la gestation, le coït répété, en sont le plus souvent la cause occasionelle. Pour que cette hydropisie ait lieu, il faut que le col de la matrice se ferme, ce qui arrive par l'épaississement de cette partie, ou par des végétations fongueuses qui se développent à sa surface, et en oblitèrent l'ouverture naturelle.

Le volume du ventre augmente très-lentement ou très-rapidement : pendant les premiers mois, la femme se croit enceinte, et cela d'autant plus que les mamelles augmentent de volume comme dans la grossesse; mais le plus souvent, au contraire, elles diminuent au lieu d'augmenter; aucun mouvement ne se fait sentir dans l'utérus; la face est pâle et maigre; il y a des mouvemens fébriles; le volume du ventre se prolonge, pour l'ordinaire, au-delà du neuvième mois : à cette époque, on distingue l'hydromètre de l'ascite et de l'hydrovaire, à ce que dans l'hydromètre le ventre est uniformément arrondi; la tumeur a commencé par la partie centrale, et elle occupe l'hypogastre; la collection éprouve peu de déplacement, quelque position que prenne la malade; la fluctuation est obscure et circonscrite; les règles sont supprimées, ou re-

viennent à des époques irrégulières; il y a des borborygmes continuels, les matières fécales sont très-fétides, la malade éprouve un sentiment de pesanteur fort incommode au périnée, des douleurs dans les lombes, des tiraillemens dans les aînes, le nombril est rétracté. Enfin, le signe le moins équivoque est fourni par le toucher; avec le doigt introduit dans le vagin, on trouve le corps de la matrice distendu, on sent une fluctuation bien distincte: ce signe n'existe ni dans l'ascite, ni dans l'hydrovaire, ni dans l'hydrotrompe, puisque, dans ces trois hydropisies, le corps de l'utérus, bien loin d'être rempli d'un liquide, se trouve refoulé en bas, à droite ou à gauche, sans aucune augmentation de volume. Il importe de distinguer la fluctuation, signe non équivoque de l'hydromètre, du sentiment que fait éprouver la percussion de la matrice dans la physomètre ou tympanite de l'utérus. Cette fluctuation est à peu près la même dans l'hydromètre et dans l'hématomètre ou collection sanguine de l'utérus. Itard remarque, avec raison, que les accidens qui doivent nécessairement être le résultat d'un séjour prolongé du sang dans la cavité de ce viscère, ne peuvent laisser long-temps incertain sur la nature du mal.

On voit quelquefois l'hydromètre cesser vers le neuvième mois, et cette heureuse terminaison est suivie, comme la parturition, du gonflement des mamelles; quelquefois aussi l'évacuation des eaux a lieu au deuxième ou troisième mois; Fernel a vu un cas dans lequel la maladie se renouvelait et cessait tous les mois; Geoffroy l'a vue se renouveler deux ou trois fois dans le cours de cinq années. L'évacuation n'a lieu le plus ordinairement que lorsque la matrice a prêté, autant qu'elle le pouvait, à l'action dilatante du liquide : une chute, un coup ou même un simple effort suffit pour faire cesser l'obstacle qui s'opposait à la sortie du liquide. Celui-ci s'écoule avec impétuosité quand la matrice était fort distendue; dans les autres cas, il coule peu à peu, quelquefois même presque goutte à goutte. Sa quantité varie à l'infini : les amateurs du merveilleux peuvent croire, avec Vésale, qu'une femme en rendit cent quatre-vingt livres, qu'une autre en laissa échapper quatre-vingt livres. Ce liquide est tantôt limpide et sans odeur, tantôt semblable à du marc de café ou de la lavure de chair, et alors il est presque toujours fétide. Le cas où Sultzmann le trouva semblable à du marc de café, était-il une véritable hydromètre, n'était-ce pas plutôt une hématomètre?

L'hydromètre, telle que nous venons de la décrire, est fort peu dangereuse, sauf le cas où elle accompagne une lésion de structure de la matrice; mais alors c'est celle-ci, plutôt que l'hydropisie, qui met les jours de la malade en péril. On a vu

souvent l'hydromètre se renouveler plusieurs fois chez une même femme, sans entraîner de graves accidens.

Il est des cas où l'hydromètre dépend du développement d'acéphalocystes dans la matrice. *Voyez*, pour cet accident, l'article HYDATIDE.

Il est beaucoup plus commun d'observer l'hydromètre avec que sans la grossesse ; les signes de l'hydropisie se combinent avec ceux de la gestation, et il s'en ajoute d'autres provenant de la gêne extrême qu'éprouvent les parties voisines. Le ventre est beaucoup plus volumineux que dans la grossesse simple ; il y a une dyspnée considérable, les membres abdominaux sont manifestement infiltrés ; l'œdème s'étend même quelquefois à tout le corps ; les malaises sont plus multipliés, plus pénibles, que dans tout autre cas ; les mouvemens du fœtus sont à peine sensibles, ou même nuls, ou du moins non perceptibles. A ces symptômes il faut en joindre d'autres variables en raison du siége de la collection séreuse. Le plus ordinairement elle occupe la cavité de l'amnios ; le volume du ventre devient d'autant plus extraordinairement développé, que la fin de la grossesse approche davantage ; il devient énorme, toute position est insupportable, le fœtus est ballotté de tout sens et flotte comme une masse inerte au milieu de l'eau, cédant à l'impulsion des mouvemens de la mère. Si l'on introduit le doigt dans le vagin, et que l'on imprime une petite secousse à l'utérus, lorsque la femme est debout, on provoque à volonté ce ballottement, sauf quelques cas où l'enfant est vivant, ce qui est fort peu fréquent. Le col de l'utérus est plus élevé que dans la grossesse ordinaire, et, en raison de son développement excessif, le corps de ce viscère s'étend jusqu'à l'épigastre. On a vu des cas où l'amincissement des parois de l'abdomen était tel qu'en appliquant la main sur l'abdomen, on sentait distinctement le ballottement du fœtus, bien que celui-ci n'eût pas perdu la vie.

L'enfant périt presque toujours quand l'hydropisie accompagne la grossesse ; la mère n'en est qu'incommodée, excepté dans quelques cas où l'évacuation subite de la sérosité a été suivie de la mort, s'il faut en croire Lieutaud.

La collection séreuse qui constitue l'hydromètre avec grossesse, se fait quelquefois entre le chorion et la paroi interne de la matrice. Niée par Baudelocque, elle a été admise et décrite par Mauriceau ; le premier ne reconnaissait pour hydropisie qu'une quantité considérable de sérosité ; Puzos assure avoir vu quatre fois se renouveler un écoulement de la sérosité située entre la matrice et le chorion, dans le cours des deux derniers mois d'une grossesse à la suite de laquelle naquit un

enfant bien portant à terme. Itard pense que cette espèce d'hydromètre peut avoir lieu, et il se fonde sur deux faits observés l'un par Fabrice de Hilden et l'autre par Richard Browne. Selon Fabrice, une femme grosse depuis cinq mois rendit, à la suite de douleurs telles que celles de l'enfantement, une grande quantité d'eau évaluée à dix livres et une poche membraneuse qui paraissait avoir contenu ce liquide; la grossesse continua d'ailleurs sans autres accidens. Selon Browne, une femme non mariée, à la suite d'un coup de pied de vache sur la région pubienne, éprouve une grande tuméfaction du ventre et toutes les apparences extérieures de la grossesse; au bout d'un mois, des douleurs vives se font sentir; douze pintes de liquide sont évacuées. Bientôt le ventre se tuméfie de nouveau, et quatre semaines après il était aussi volumineux qu'auparavant; nouvelle évacuation non moins copieuse, avec les mêmes circonstances, et, au bout de quelques jours, retour de l'écoulement des règles, supprimées à la suite de la contusion. La femme devient enceinte, les règles continuent de couler périodiquement; de nouvelles collections séreuses se forment et s'évacuent jusqu'à huit fois pendant le cours de la grossesse. Au septième mois, naissance d'un enfant très-petit, qui meurt au bout de quatre jours; nouvelles évacuations de sérosité de cinq semaines en cinq semaines; une fois il s'en écoula plus de vingt pintes. Durant le cours d'une de ces fausses grossesses, les mamelles se gonflèrent, devinrent douloureuses; une grande quantité d'eau semblable à celle qui sortait par le vagin fut évacuée par les mamelons. Cette femme étant devenue grosse une seconde fois, n'eut point ses règles, mais l'écoulement de sérosité eut lieu comme à l'ordinaire; elle donna le jour à une fille bien portante. La maladie finit avec cette grossesse, après avoir duré deux ans, malgré tous les moyens mis en usage.

Baudelocque a nié la possibilité d'une hydromètre qui aurait pour siége l'intervalle entre le chorion et l'amnios; elle est admise par Puzos, Lassus et Thiloloy, mais on ne peut rien affirmer à cet égard.

On n'a point ouvert de cadavres de femmes enceintes affectées d'hydromètre, ainsi on ne peut émettre que des conjectures sur l'état de l'utérus et des membranes en pareil cas. Il n'en est pas de même de l'hydromètre sans grossesse. Dans ce cas, on a trouvé les parois de l'utérus amincies, ce qui est le contraire de ce qui arrive dans la gestation. Ces mêmes parois sont squirreuses, recouvertes d'excroissances polypeuses ou d'hydatides quand le liquide est épais, trouble, sanguinolent. Le col est fermé par l'effet du boursouflement du museau de tanche, ou par la compression d'une tumeur voisine. Quelquefois il y a en outre engorgement ou atrophie des viscères. Les

autres viscères ont, dans divers cas, présenté diverses altérations étudiées avec peu de soin.

Soit que l'hydromètre se développe dans le cours de la grossesse, soit qu'elle ait lieu sans que la matrice contienne le produit de la conception, de quelle cause prochaine dépend cet état pathologique? Si d'abord nous n'avons égard qu'à l'hydromètre sans grossesse, nous verrons qu'une inflammation peut seule y donner lieu. Comment, en effet, le col pourrait-il s'oblitérer sans inflammation? Même dans le cas de compression de cette partie par une tumeur voisine, il y a phlegmasie, car la compression est précisément le meilleur moyen de la déterminer; or, quand elle existe au col, on conçoit qu'elle se propage aisément au reste de l'organe. Que l'on réfléchisse un instant que la conception, ou du moins la réception du produit de la conception dans l'utérus, est elle-même préparée par un travail tout à fait analogue à l'inflammation, et l'on sera moins éloigné d'admettre l'opinion que nous venons d'émettre. Si l'on ajoute à cette considération la suivante, on s'en rapprochera encore davantage. Itard pense que l'hydromètre qui s'établit dans le cours de la grossesse, et par conséquent dans l'amnios, puisque c'est le siége le plus ordinaire de cette espèce d'hydromètre, peut s'annoncer quelquefois avec un caractère aigu; et, à l'appui de son opinion, il rapporte, d'après Mercier, l'observation qu'on va lire : Une femme, au cinquième mois de sa grossesse, fut prise de fièvre, de douleurs dans les régions pubienne et lombaire, d'ardeur en urinant, de constipation, d'une légère perte utérine avec chaleur et cuisson; la matrice était développée comme au dernier mois de la grossesse. Au seizième jour de la maladie, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, et la malade accoucha de deux jumeaux, l'un mort, l'autre mourant. Entre les deux accouchemens, il se présenta au vagin une vessie allongée, qui contenait plus de dix livres de sérosité trouble, lactescente, et dans laquelle nageaient beaucoup de flocons albumineux; les membranes, plus amples et plus épaisses, représentaient une espèce de kyste; le chorion était sain, mais l'amnios, qui avait été évidemment le siége de l'inflammation, dit Itard, offrit, à sa face interne, une exsudation albumineuse de même nature que les flocons entraînés par le liquide; enfin, toute l'apparence de la plèvre ou du péritoine était fortement enflammée. Dans un cas analogue, observé par Devilliers neveu, une violente contusion, la fièvre, l'insomnie, la dyspnée, les douleurs lombaires et abdominales qui en furent les suites immédiates, un paquet de fibrine que rendit la malade par le vagin, après l'écoulement des eaux, qui furent très abondantes, annoncèrent un état analogue des membranes; la femme accou-

cha également de deux enfans, l'un ne vécut que trente-six heures, l'autre était mort; cependant les membranes n'offraient, dit-on, pas d'inflammation. Quoi qu'il en soit, si l'on rapproche l'observation de Mercier du tableau des désordres que l'on trouve après la mort des hydrométriques sans grossesse, on sera très-porté à penser que, comme toutes les hydropisies, celle de l'utérus n'est qu'un effet d'un travail inflammatoire.

Itard rejette les diurétiques, les purgatifs et tous les remèdes proposés pour la résorption des eaux, du traitement de l'hydromètre en général. Lorsqu'il n'y a pas de grossesse, il conseille les vomitifs, les drastiques, afin de produire une secousse, les lavemens irritans et les injections stimulantes dans le vagin, afin de provoquer les contractions utérines; il conseille de dilater avec le doigt, d'après Lieutaud, avec une sonde, d'après Monro, le col de l'utérus. Si la suffocation est imminente et le désordre des organes digestifs considérable, il faut ponctioner, d'après la méthode de Monro, l'utérus à l'aide d'un trocar, et le vider au moyen de la canule de cet instrument. Lorsque, par les secours de l'art ou les efforts organiques, le col est ouvert, il faut s'opposer à ce qu'il ne se referme à l'aide d'une sonde de gomme élastique ou d'un morceau d'éponge préparée, attachée à un fil. On voit qu'Itard n'a d'autre intention que de vider la matrice, et de s'opposer à ce qu'elle ne se remplisse de nouveau. Mais, afin de préparer l'emploi des moyens dilatans et expulsifs, il recommande de pratiquer une saignée, de faire donner des bains, de diriger des fumigations vers le vagin, et de recourir aux émolliens. Ces moyens nous paraissent au moins aussi rationnels que tous les autres, beaucoup plus surtout que les injections stimulantes dans le vagin, qui peuvent bien provoquer le renversement du col utérin, mais non sa dilatation.

Quelques légères saignées, un régime sec, et si la matrice excessivement distendue tendait à provoquer la suffocation, la ponction de cet organe; tels sont les moyens indiqués quand l'hydromètre accompagne la grossesse. Quand il y a deux enfans, l'hydromètre peut être double, et être contenue dans deux amnios, ainsi que l'a observé Noël Desmarais; Laporte veut qu'en pareil cas on rompe la poche des eaux, plutôt que de ponctionner la matrice, mais les faits de ce genre sont trop rares pour qu'on puisse poser des préceptes de conduite pour ceux qu'on sera dans le cas d'observer.

Si l'hydromètre avait son siége entre le chorion et les parois de l'utérus, on n'en aurait guère connaissance que par l'écoulement des eaux, lesquelles ne s'accumulent guère en pareil cas jusqu'à donner un volume extraordinaire à l'abdomen;

cet état n'exige donc pas, que nous sachions, de soins particuliers. Quant à l'hydromètre qui s'établirait entre l'amnios et le chorion, ce n'est encore qu'une possibilité sans probabilité.

HYDROMÈTRE (art vétérinaire). Cette affection est fort peu connue et fort rare dans les animaux.

Gohier a recueilli l'observation d'une vieille jument dont la matrice s'étendait dans la région antérieure de l'abdomen, et était si volumineuse, qu'au premier coup-d'œil, on eût pensé qu'elle contenait un fœtus. Elle était distendue par huit litres d'une matière blanche et épaisse, semblable à ce que l'on nomme pus louable. Gohier dit que cette affection n'est pas très-rare parmi les bêtes chevalines, et qu'il est des jumens dont l'organe utérin se remplit en peu de temps, et laisse tout à coup échapper toute la matière qu'il contient, pour se remplir de nouveau bientôt après. Le même professeur a vu encore à l'Ecole de Lyon une jument poussive, âgée d'environ vingt ans, qui était dans ce cas. Dans l'espace d'environ deux ans, sa matrice se vida de douze à quinze fois au moins. Elle rendait chaque fois à peu près de quinze à dix-huit litres de pus très-blanc, mais d'une odeur insupportable. Elle en a même quelquefois rendu beaucoup plus, et sans paraître souffrir. Pendant les derniers six mois que vécut cette jument, les évacuations devinrent plus fréquentes (on en observait presque tous les mois); le pus qui sortait le dernier était un peu sanguinolent. A l'ouverture de cette bête, qui mourut dans le marasme le plus complet, on trouva toute la surface interne de la matrice enflammée et un peu infiltrée, mais sans ulcérations. Durant l'été de 1808, une hydropisie utérine à peu près semblable fut très-commune, à Lyon, parmi les chiennes, dont la plupart en périrent. Le traitement est encore moins connu que la maladie.

HYDROMPHALE, s. f., *hydromphalum*; tumeur formée, soit par l'accumulation de la sérosité dans le sac d'une hernie ombilicale, soit par la dilatation de l'ombilic et la saillie du liquide à travers cette cicatrice, dans les cas d'hydropisie ascite. Il est facile de reconnaître l'hydromphale à sa transparence, à sa fluctuation, et aux circonstances qui ont précédé son apparition. Compliquant la hernie, la collection séreuse doit être refoulée dans le ventre, où l'absorption fera disparaître le liquide, et un bandage convenable préviendra sa nouvelle apparition. Lorsqu'elle est produite par l'hydropisie ascite, il convient de la soutenir, afin de borner son développement, et de prévenir l'inflammation, la déchirure ou même la gangrène de la peau qui la recouvre. On a proposé de pratiquer sur elle la ponction de l'abdomen; nous apprécierons les avantages et les inconvéniens de ce procédé à l'article PARACENTÈSE.

HYDROPÉRICARDE, s. f., *hydropericardium*; accumulation de sérosité dans le péricarde. La presque totalité des cadavres offre à l'anatomiste une certaine quantité de sérosité dans la cavité de la membrane séreuse qui revêt le cœur et se replie pour lui former une double enveloppe, au point que plusieurs anatomistes ont pensé que cette membrane contenait toujours une certaine quantité d'eau, même pendant la vie et dans l'état de santé. Si cette opinion est rejetée aujourd'hui, le fait sur lequel elle était fondée n'en rend pas moins fort difficile à établir l'existence de l'hydropéricarde. Combien faut-il, en effet, que le péricarde contienne de sérosité pour qu'il y ait hydropisie? Corvisart regardait comme telle toute collection d'eau qui excédait six ou sept onces; et pour sortir d'embarras, on s'est tenu à cette décision; mais comment oser poser en principe que six à sept onces de sérosité constituent une hydropisie, plutôt que cinq onces ou cinq onces et demie? n'est-ce pas là trancher le nœud gordien? Chez telle personne, la sécrétion de trois onces ne peut avoir lieu sans une lésion profonde de la membrane; chez telle autre, une plus grande quantité est sécrétée sans que sa texture soit sensiblement altérée : ce n'est ni à l'aide de poids, ni à l'aide de mesures, qu'il faut établir le diagnostic des maladies. Si l'on y avait regardé de près, on aurait vu que l'hydropéricarde ne mérite point le nom de maladie, puisque ce n'est, comme toutes les autres hydropisies, que le produit de la surexcitation, ou, pour parler plus franchement et plus clairement, de l'inflammation de la membrane séreuse qui recèle la sérosité dans sa cavité. Nous allons exposer les signes de cette prétendue maladie d'après Corvisart, puis nous les discuterons, nous ajouterons ceux qu'a découverts Laënnec, et ensuite nous nous éleverons aisément à la véritable cause prochaine de cette condition morbide du péricarde.

Avant Corvisart, l'hydropéricarde était à peine connue; Sénac lui-même, ou plutôt l'auteur de l'ouvrage qui porte le nom de Sénac, en a dit trop peu pour qu'on ne désirât pas des lumières plus vives. Corvisart trace en ces termes l'histoire de l'hydropisie dont il s'agit : « Les malades affectés d'hydropéricarde ont habituellement la figure violette, les lèvres noires et livides. Ils ressentent une anxiété douloureuse, un poids incommode sur la région du cœur, une difficulté de respirer qui menace de suffocation, quand le malade veut prendre une situation horizontale; souvent il éprouve des syncopes, et plus rarement des palpitations. Le pouls est petit, faible, fréquent, concentré et parfois irrégulier. En appliquant la main sur la région du cœur, on sent des battemens tumultueux, obscurs; on dirait que l'organe ne fait sentir ses batte-

mens qu'à travers un corps mou, ou plutôt à travers un liquide placé entre lui et les parois thoraciques. Quand on pratique la percussion de la poitrine, soit que le malade reste à son séant, soit qu'il se place horizontalement dans son lit, le son que rend cette cavité est obscur, et même nul, antérieurement et à gauche, dans une étendue proportionnée à la dilatation que le liquide a fait éprouver au péricarde. Dans quelque cas, le côté gauche de la poitrine est plus élevé, plus arrondi, plus bombé que le droit; quand la maladie est ancienne, les forces de l'individu sont comme anéanties; il survient de l'œdème aux extrémités inférieures, et plus rarement, une légère bouffissure à la partie antérieure et du côté gauche de la poitrine. »

Corvisart ajoute à ces signes un phénomène peu commun; s'il n'a pas, comme Sénac, *vu* le *flot* du liquide épanché dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes, il l'a *senti* une fois à l'aide du toucher, mais il n'ose assurer que le sentiment très-distinct d'ondulation qu'il éprouva ne fut pas seulement l'effet des battemens du cœur. Nous avons, chez un sujet scorbutique affecté d'anévrisme du cœur et d'hydropéricarde, *vu* et *touché* le flot du liquide épanché dans le péricarde, à travers les parties molles intercostales. Ce cas offrait, en outre, ceci de remarquable, que la portion des côtes située au-devant du cœur, était très-sensiblement réduite de plus des trois-quarts de son épaisseur.

Le sentiment d'un poids énorme sur le cœur, signalé par Lancisi, l'opinion des malades qui, selon Reimann et Sassonia, pensent que leur cœur nage dans un liquide, ne sont, avec raison, point mis au nombre des signes pathognomoniques de l'hydropéricarde, par Corvisart. La couleur livide et plombée des lèvres, l'impossibilité où se trouvent les malades de se coucher sur le côté droit sans être sur le point de suffoquer, ne lui paraissent pas plus exclusivement caractéristiques de cette maladie.

Un signe qui lui paraît mériter plus de confiance est le suivant, qu'il n'a observé que deux fois : il s'agit des battemens du cœur qui se faisaient sentir tantôt à droite, tantôt à gauche, ou plutôt dans différens points d'un cercle assez étendu, comme on conçoit qu'il peut arriver lorsque le cœur se trouve en quelque sorte suspendu au milieu du liquide, et non plus maintenu en place par le péricarde.

Laennec dit de tous ces signes, à l'exception toutefois de la vue du flot, qu'on peut les rencontrer réunis en plus ou moins grand nombre, avec ou sans hydropéricarde. « Le cylindre aidera, *sans doute*, dans ce cas, le diagnostic, dit-il; mais je ne puis dire quels signes il *pourra* fournir, parce que

je n'ai pas eu assez d'occasions d'observer l'hydropéricarde depuis que j'emploie ce moyen d'exploration. Je crois pouvoir assurer que les épanchemens peu abondans dans le péricarde (au-dessous d'une livre, par exemple) ne donneront jamais aucun signe, et que probablement on ne pourra jamais reconnaître que ceux qui sont beaucoup plus considérables; mais je pense que ceux qui passent deux ou trois livres pourront être reconnus assez facilement. » C'est-à-dire, en somme, que le cylindre n'apprend rien dans l'état actuel de la science, sur une lésion aussi grave que le séjour d'une livre d'eau dans le péricarde.

Non-seulement les divers signes que nous avons indiqués plus haut existent souvent lorsqu'il n'existe pas d'hydropéricarde, mais encore ils manquent souvent aussi quand elle existe. Concluons donc qu'il n'est pas de signes caractéristiques et constans de cette hydropisie. Quant à ce qu'on a dit de la manière d'arriver à en constater l'existence en s'aidant des signes négatifs, et par la méthode d'exclusion, nous pensons qu'on sort difficilement d'embarras par ce moyen; et la raison, c'est que l'hydropéricarde n'est jamais primitive, puisqu'on ne peut compter comme telle même celle qui est l'effet d'une affection du cœur, du médiastin, de la plèvre et du poumon.

Voilà donc une hydropisie qui, s'il faut en croire les meilleurs auteurs, ne peut être reconnue sur le vivant, et n'est guère moins équivoque après la mort. En y réfléchissant bien, on s'étonne que l'on ait osé chercher à distinguer les espèces d'une maladie que l'on distingue elle-même si difficilement de toutes les autres; on s'étonne bien plus qu'on ait eu la simplicité d'en rechercher le mode de traitement, et la sotte hardiesse de proposer contre elle des opérations meurtrières.

Les causes *particulières* de l'hydropéricarde sont, dit Corvisart, outre celles des hydropisies en général, les affections du cœur, du médiastin, de la plèvre et du poumon. Nous prouverons, à l'article HYDROPISIE, que les causes communes à toutes les hydropisies ne sont jamais que des conditions qui prédisposent à les contracter, et non pas des causes déterminantes. Nous ferons voir leur analogie avec celles de l'inflammation. Mais ce qui est plus important encore, c'est que Corvisart a omis de placer les maladies du péricarde au nombre des causes de l'hydropisie de cette membrane. Dira-t-on que dans cet endroit de son ouvrage il ne voulait faire mention que de l'hydropéricarde essentielle; mais est-ce donc une hydropisie essentielle que celle qui résulte de l'inflammation aiguë ou chronique, ou, si l'on veut, d'une lésion organique d'une membrane ou d'un viscère voisin? Quelque profonde que soit cette lésion, l'hydropisie ne peut avoir

lieu sans une modification morbide du tissu qui exhale; et puisque, dans les cas où l'hydropisie dépend d'une inflammation de ce même tissu, on lui refuse le titre d'*essentielle*, doit-on le lui accorder quand elle est l'effet de l'inflammation d'un autre tissu? Si l'hydropéricarde, effet de la péricardite, est secondaire, elle doit l'être quand elle succède ou accompagne la pleurésie, par exemple; il y a tout lieu de croire que quand une membrane séreuse sécrète une trop grande quantité de sérosité par suite d'inflammation, sa voisine ne peut en faire autant en même temps que par suite d'un travail morbide analogue.

L'histoire que nous venons de tracer de l'hydropéricarde serait très-incomplète si nous en restions là; il faut encore que nous disions quel est l'état de la membrane séreuse du péricarde après la mort dans cette maladie, et quelles sont les qualités de la sérosité qu'elle contient; mais auparavant faisons remarquer que jusqu'ici on a tracé une histoire tout à fait tronquée de l'hydropéricarde, on ne s'est attaché qu'à chercher et indiquer des signes pathognomoniques directs de la présence du liquide, les effets immédiats et indubitables de cette présence, et on ne les a pas trouvés. Mais on a omis de rechercher les phénomènes de l'état morbide du péricarde depuis l'invasion apparente de la maladie jusqu'à sa terminaison funeste, quand elle est très-intense. Or, si on se livre avec soin à cette recherche, on voit d'abord que la péricardite aiguë est la seule cause prochaine de l'hydropéricarde aiguë; et pour le prouver, il suffit de citer le cas rapporté par Itard, qui, au reste, reconnaît qu'elle est presque toujours le résultat de quelque phlegmasie, et par là même presque toujours symptomatique; pour l'un et l'autre cas il fallait dire toujours, et non presque toujours. Aussi longtemps que l'inflammation de la plèvre ou du poumon est assez intense pour masquer l'inflammation concomitante du péricarde, rien ne révèle celle-ci; mais si cette dernière prédomine sur l'autre, on observe des défaillances, des dispositions continuelles à la syncope, une douleur gravative à la région du cœur et la jactitation portée au plus haut degré. Cette douleur gravative, quand elle accompagne ou précède de près les phénomènes indiqués comme signes d'hydropéricarde, acquiert une grande valeur lorsque d'autres signes n'annoncent pas une lésion du cœur ou des gros vaisseaux. Que l'hydropéricarde puisse s'établir, que l'on trouve après la mort une sérosité lactescente, c'est-à-dire un produit non équivoque d'inflammation, sans que les signes de la péricardite ni ceux de l'hydropéricardite ne se soient montrés, c'est ce qui a lieu pour toutes les inflammations, dans des cas peu communs, mais incontestables.

Venons-en maintenant au cas qu'Itard rapporte, d'après

Morgagni, comme exemple d'hydropisie aiguë essentielle : Une religieuse, sujette à des fluxions aux joues et aux gencives, prit un drastique qui lui occasiona des superpurgations violentes, suivies d'une soif excessive que ne pouvaient calmer d'abondantes boissons; les urines n'étaient point proportionnées à ces dernières; le lendemain, oppression de cœur, défaillance; l'oppression ne cesse plus, augmente au moindre mouvement, même par la parole; coloration de la face; sensation d'un poids excessif reposant sur le cœur, peu incommode cependant dans le repos et le silence; du reste sommeil tranquille, évacuations alvines et menstruelles régulières, respiration facile dans toutes les positions, nulle palpitation, pas de toux, pouls faible, mais point inégal ni vibrant : Albertini reconnaît l'hydropisie du péricarde, et déclare qu'il n'y a aucun remède. *Au bout d'un an*, il se manifeste une douleur dans la poitrine, semblable à celle que pourraient occasioner des piqûres, et parfois suivie de légères convulsions; la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt. Le péricarde contenait neuf onces de sérosité; sa face interne était atteinte d'un commencement d'érosion. Qui ne voit là dedans une péricardite chronique qui donne lieu à l'altération du péricarde, à un épanchement dans sa cavité? Qu'y a-t-il d'aigu là dedans? N'est-il pas évident que la sensation de pesanteur attribuée à la présence de l'eau était tout simplement la douleur particulière à une nuance chronique de péricardite? Supposer que l'érosion était consécutive à l'hydropisie, ce serait accorder à la sérosité une propriété corrosive tout à fait inconnue jusqu'ici dans ce liquide. Dans l'hydropéricarde effet d'une péricardite chronique plus obscure que celle dont nous venons de parler, l'existence de l'inflammation est plus problématique sans être moins réelle.

Après la mort, on trouve le péricarde *tantôt* sain, *tantôt* (il fallait dire *le plus souvent*) épaissi et couvert d'une couenne lymphatique (c'est-à-dire d'une fausse membrane, effet non équivoque d'une inflammation), ou uni au cœur par des adhérences plus ou moins étendues, ou hérissé à sa face interne de rugosités ou de pustules miliaires. L'épaississement de la membrane séreuse qui revêt le cœur est moins sensible. Itard reconnaît que les recherches modernes sur les inflammations ne permettent plus d'attribuer les érosions de la surface du cœur ni celles du reste du péricarde à l'acrimonie de l'humeur contenue dans cette membrane, d'où il aurait dû conclure que, dans le cas observé par Albertini, l'érosion n'était pas secondaire, comme il l'entendait. Nous devons à la vérité de déclarer que, très-rarement, nous avons trouvé le péricarde intact dans les cas d'hydropéricarde, que les sujets,

avaient toujours éprouvé des douleurs vives à la région précordiale.

Nous ne sommes pas éloignés de penser qu'une petite quantité de sérosité dans le péricarde n'est pas une condition très-nuisible à l'existence. Chez un grand nombre de sujets, les vives émotions agissent sur le cœur avant d'agir sur l'estomac, quoi qu'en dise Broussais; n'est-ce pas à un état de surexcitation souvent répétée de ce viscère, si éminemment irritable, qu'on doit rapporter la fréquence des épanchemens dans le péricarde, épanchemens qui, sans coustituer un état morbide grave quand ils sont peu abondans, n'en sont pas moins une condition organique pathologique? La fréquence des cas où, après une mort à laquelle le cœur a pris une part très-secondaire, on trouve de l'eau dans le péricarde, tend à prouver que la mort a lieu dans l'hydropéricarde moins par l'effet de l'épanchement que par suite de l'état d'irritation qui y donne lieu.

La sérosité est souvent limpide; mais souvent aussi elle est sanguinolente, trouble, lactescente, contenant des flocons albumineux, des lambeaux de fausses membranes. Morgagni a fait une remarque importante : c'est que même quand la sérosité du péricarde contient de ces lambeaux, la membrane ne présente quelquefois aucune autre trace d'inflammation; il est donc vrai que l'inflammation d'une membrane séreuse peut ne laisser d'autre trace que le produit d'une sécrétion morbide consécutive.

Nous avons dit que le *minimum* de la quantité de cette sérosité exigé par Corvisart pour décider qu'il y avait hydropéricarde, était de six à sept onces; le même observateur en a trouvé jusqu'à huit livres, ce qui nous paraît bien considérable, et ce qui est excessivement rare : une, deux ou trois livres est le terme moyen.

« Dans le cas d'anasarque ou de leucophlegmatie générale, dit cet auteur, la grande quantité de sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire des extrémités, tant supérieures qu'inférieures, cause ordinairement une intumescence remarquable des membres; l'abdomen est aussi le plus souvent rempli d'une grande masse de liquide; mais il arrive quelquefois que la poitrine semble se soustraire à cette diathèse séreuse, et conserve son état naturel au milieu de l'infiltration générale. Quand la respiration dans ce cas est gênée, cet état tient seulement au refoulement du diaphragme. Si, dans ces circonstances, on pratique la percussion de cette cavité, malgré le boursouflement des tégumens, on s'aperçoit qu'elle rend un son assez clair pour faire juger qu'elle ne contient point de sérosité. En faisant la même épreuve

sur la région du cœur, on obtient les mêmes résultats; de sorte que dès-lors on exclut toute idée d'hydrothorax ou d'hydropéricarde dont, à la vérité, les symptômes n'existent point, mais qu'ou pourrait soupçonner exister en raison de l'état de leucophlegmatie générale. Parce que deux jours avant la mort, ou la veille même, on aura reconnu, chez ces sujets, que la poitrine est exempte d'épanchement, on ne doit pas croire qu'on n'en rencontrera pas sur le cadavre. On pourrait alors se tromper grossièrement, en annonçant que la poitrine sera parfaitement vide, et la trouver, contre son attente, remplie de beaucoup de liquide. Souvent j'ai fait remarquer dans mes leçons, ajoute Corvisart, que tel sujet qui, peu de jours avant sa mort, ou même à l'instant de rendre le dernier soupir, avait les extrémités gonflées et distendues par de la sérosité, ne se trouvait plus, quand on l'examinait quinze ou vingt heures après sa mort, dans un état d'intumescence aussi marquée sur les extrémités inférieures; quelquefois même on n'aperçoit plus qu'une légère infiltration de ces parties. Il se fait alors dans un espace de temps très-court, et quoique le corps soit privé de vie, une sorte de révulsion qui détermine, d'un côté, la disparition presque totale de l'infiltration des membres, et fait que, de l'autre part, la poitrine et le péricarde se remplissent à mesure que le tissu cellulaire des extrémités se vide; on est alors très-surpris, en ouvrant la poitrine, de trouver ses cavités, ainsi que celles du péricarde, plus ou moins remplies de liquide, lorsqu'on s'attendait à les trouver tout à fait exemptes d'épanchement. »

Si l'on considère l'hydropéricarde dans son dernier degré, comme l'ont fait tous les pathologistes, c'est en effet une maladie mortelle, ou du moins la lésion organique qui donne lieu à cette hydropisie ne laisse plus alors aucune chance de succès; mais lorsque l'on ne voit dans l'hydropéricarde qu'une hydropisie, effet d'une inflammation aiguë ou chronique, on conçoit l'espoir de s'opposer à son développement, d'en ralentir les progrès, de la guérir même, en s'attachant à combattre avec soin la péricardite avant que la collection ne soit déjà considérable. Quand on a lieu de penser que l'épanchement a lieu, bien loin de négliger l'administration de la digitale, nous pensons que l'hydropéricarde peut être très-avantageusement combattue par ce médicament, puisque, lorsqu'on l'introduit dans un estomac sain, il ralentit les mouvemens du cœur, c'est-à-dire de l'organe qu'il faudrait pouvoir rendre immobile dans cette affection. Les frictions sèches, les vésicatoires volans appliqués sur la poitrine sont indiqués après l'application locale des sangsues quand il y a douleur, et surtout quand ces dou-

leurs sont lancinantes. Dirons-nous que ces moyens peuvent guérir? L'expérience thérapeutique manque où le diagnostic est sans bases solides; mais tout milite en faveur de cette méthode de traitement, à laquelle nous ajouterons les frictions sur la région du cœur avec la teinture alcoolique de digitale. Nous ne pensons pas que les diurétiques ni les purgatifs doivent être bannis, il s'en faut, du traitement de la maladie qui nous occupe; mais c'est une grande faute que de ne pas choisir parmi ces moyens ceux qui peuvent le moins exciter la soif et accélérer la circulation, puisqu'ils n'agissent point ainsi sans stimuler le cœur, et par conséquent le péricarde.

Lorsque la présence du liquide épanché dans le péricarde n'est plus douteuse, et que des accidens graves menacent immédiatement la vie du sujet, sans que les remèdes internes aient produit d'heureux effets, il convient d'inciser l'enveloppe du cœur, et d'évacuer la sérosité qu'elle renferme. Des exemples d'ouvertures du péricarde rapportés par Galien et par Harvey, démontrent que cette opération, quoique dangereuse, présente cependant quelques chances de salut, qui doivent être saisies dans une maladie évidemment mortelle. L'extrême affaiblissement du sujet, ou la grande probabilité d'une désorganisation profonde des parties affectées, pourraient seuls alors autoriser l'inaction fatale à laquelle s'abandonnent encore la plupart des praticiens. Senac, pour qui la ponction de l'enveloppe du cœur n'avait rien d'effrayant, et qui la conseillait comme un moyen propre à favoriser l'action des médicamens, voulait que l'on plongeât la pointe d'un trois-quarts entre la seconde et la troisième côtes asternales du côté gauche, à deux pouces du bord du sternum, et que l'instrument fût porté, parallèlement aux côtes, en dedans et en bas, vers la base du cartilage xyphoïde. Il croyait éviter la lésion de l'artère mammaire interne, de même que celles du poumon et du cœur. Mais, ainsi pratiquée, cette opération, qui, au rapport de Wan Svieten, avait déjà été proposée par H. Velse, expose d'autant mieux à la blessure des organes les plus importans, qu'il est impossible de reconnaître souvent, pendant la vie, ni la quantité de liquide épanché, ni le déplacement qu'il a pu occasioner dans les parties. Aussi ne croyons-nous pas qu'on l'ait jamais mise à exécution.

Sabatier pensait, avec raison, qu'il serait préférable de mettre d'abord le péricarde à découvert par une incision faite aux parois thoraciques, et d'ouvrir ensuite cette poche avec toutes les précautions requises. Telle est la conduite que suivit Desault chez une femme qui offrait tous les symptômes de l'hydro-péricarde. L'incision fut pratiquée entre la sixième

et la septième côtes, vis-à-vis de la pointe du cœur, en intéressant la peau, l'entrecroisement des muscles grand pectoral et grand oblique, et les intercostaux. Le doigt porté dans la plaie fit reconnaître alors une poche remplie de liquide, et dans laquelle on plongea la pointe d'un bistouri. L'évacuation étant terminée, le doigt introduit dans le thorax fit sentir un corps mousse, conique et arrondi qui venait le frapper. On crut que c'était le cœur; mais la malade étant morte quelques jours après, on put s'assurer que l'on n'aurait eu affaire qu'à une hydrothorax circonscrite, voisine du péricarde, et que cette membrane était restée intacte.

Quoi qu'il en soit, la tentative de Desault mériterait de trouver un plus grand nombre d'imitateurs qu'elle n'en a eu. Seulement, comme l'action de l'air est une des causes les plus actives de l'inflammation des membranes séreuses, il serait important de s'opposer à cette introduction dans le cas qui nous occupe. On pourrait, par exemple, avant d'ouvrir les parois thoraciques, tirer fortement les tégumens en haut, afin que, abandonnés à eux-mêmes après l'évacuation du liquide, ils fermassent la plaie des muscles, et ne permissent aucune communication entre l'intérieur du péricarde et l'atmosphère. Ce procédé est mis en usage toutes les fois que l'on ouvre les capsules synoviales; il contribue alors à prévenir la phlogose de l'organe, pourquoi ne produirait-il pas les mêmes effets après l'ouverture du péricarde? Et s'il peut rendre l'inflammation consécutive de cette membrane plus rare ou moins intense, ne doit-on pas le considérer comme propre à diminuer les dangers qui sont attachés à l'opération.

Skielderup, professeur d'anatomie à Christiania, a proposé de pénétrer jusqu'au péricarde à travers le sternum. Il applique sur le côté gauche de cet os, un peu au-dessus de l'insertion du cartilage de la cinquième côte, une couronne de trépan; l'ouverture qui résulte de cette application lui permet de reconnaître avec le doigt l'état des parties, et de porter avec précaution la lame du bistouri jusqu'à l'enveloppe distendue du cœur. Mais en exécutant cette opération, dont l'idée première appartient à Galien, l'on attaque le péricarde près de sa base, c'est-à-dire dans l'endroit où il est le moins distendu par le liquide, et où l'organe qu'il renferme peut être le plus aisément blessé; l'ouverture n'est pas située de manière à favoriser l'écoulement de la matière épanchée; enfin, elle ne permet pas de s'opposer au libre accès de l'air dans le péricarde, et par conséquent à la vive inflammation de cette membrane. On ne saurait donc que donner la préférence au procédé de Desault, surtout si l'on ajoute à celui-ci les modifications dont nous avons parlé.

Persuadé que la cure radicale de l'hydropéricarde n'est pas impossible, Richerand a proposé de pratiquer une large fenêtre au devant du cœur, et d'inciser la poche remplie d'eau que contient cet organe, se flattant d'obtenir ainsi un succès d'autant plus assuré, qu'il suffit, suivant lui, du contact de l'air pour décider l'inflammation adhésive des surfaces après l'évacuation du liquide, et qu'ici, comme dans l'opération de l'hydrocèle, on ne serait point obligé d'injecter un liquide pour déterminer l'adhérence. Vouloir provoquer le développement d'une péricardite aiguë, alors que cette inflammation est la cause de tout le danger attaché à l'opération, et qu'elle fait seule périr le plus grand nombre des malades que l'on y soumet, assimiler sous le rapport de leur importance et des dangers de leur irritation, le cœur au testicule, la tunique vaginale au péricarde, c'est outrepasser tellement les bornes de toute analogie raisonnable, c'est avancer des idées si bizarres, si contraires aux lois de la physiologie et de la saine pratique, qu'il suffit de les énoncer pour que justice en soit promptement faite, et pour que l'on soit dispensé de les combattre plus longuement.

HYDROPHOBE, adj. et subst., *hydrophobus;* qui a les liquides en horreur, et par extension, qui est *enragé. Voyez* HYDROPHOBIE et RAGE.

HYDROPHOBIE, s. f., *hydrophobia;* horreur de l'eau, horreur des liquides, rage : telles sont les trois acceptions de ce mot; il désigne donc tantôt un phénomène morbide, un symptôme, tantôt une maladie. Mais bien que l'aversion pour les liquides en général, pour l'eau en particulier, pour les boissons, soit un des signes de la rage, cette maladie n'est pas convenablement désignée sous le nom d'hydrophobie; toutes les fois qu'un nom de maladie indique un symptôme et non sa nature et son siége, il faut lui préférer un mot vulgaire qu'on ne puisse appliquer à aucune autre; c'est pourquoi nous n'allons parler de l'hydrophobie que comme d'un symptôme.

L'hydrophobie n'est jamais essentielle, puisque ce n'est qu'un symptôme; ce symptôme indique-t-il un état organique spécial, particulier, *sui generis*, sans analogue dans l'organisme malade? Tel est le problème à la solution duquel nous allons procéder, en recherchant 1° quel organe occasione par sa lésion le symptôme dont il s'agit; 2° la nature de la lésion de cet organe. Examinons d'abord dans quelles maladies on observe l'horreur des liquides.

On a cru pendant long-temps que l'hydrophobie ne se manifestait que chez les enragés; mais on a fini par se convaincre qu'elle a quelquefois lieu dans ce qu'on appelle les fièvres malignes, nerveuses, ataxiques, les fièvres cérébrales, dans la

peste, dans la fièvre intermittente pernicieuse, dans les inflammations traumatiques de l'encéphalite, c'est-à-dire dans les encéphalites aiguës primitives ou secondaires, simples ou compliquées de gastro-entérite; on l'a vue précédée et accompagnée de douleurs dans les muscles du cou, des bras, de la poitrine; on l'a vue survenir dans le cours de la gastrite des nosographes, dans l'angine, la pneumonie, la métrite, l'hépatite, les inflammations miliaire, variolique, morbilleuse, scarlatine de la peau; dans l'hystérie, dans la grossesse, dans l'empoisonnement produit par les végétaux âcres, narcotiques, par l'huile rance de noix, de faîne. Mais toutes les observations de ce genre, quelque nombreuses qu'elles soient, sont de peu d'utilité, parce que toutes sont tronquées, parce que l'on a omis dans la presque totalité des cas de faire l'ouverture des cadavres quand les malades ont succombé; et lors même qu'on y a procédé, quel résultat concluant pouvait-on en tirer à une époque où l'on connaissait à peine les traces de l'encéphalite et de la gastro-entérite? Depuis que ces traces sont mieux connues, on n'a guère publié d'histoire complète d'hydrophobie survenue dans d'autres affections que la rage; encore ces histoires ne font-elles pas mention de l'état du cerveau, parce que, lorsqu'elles ont été recueillies, les recherches de Lallemand n'étaient pas encore publiées. Il y a donc lieu d'inviter les praticiens auxquels il s'en présentera des exemples, de ne rien négliger pour obtenir l'ouverture de toutes les parties des cadavres. Jusqu'à ce que l'on ait un grand nombre de faits de ce genre, on ne peut juger de la nature et du siége de la lésion qui produit l'hydrophobie.

Si l'on en juge d'après les traces connues que la rage laisse dans les cadavres, traces décrites avec tant de soin par Trolliet, on sera porté à penser que ce symptôme est le signe d'une inflammation des bronches et de l'encéphale, souvent avec, quelquefois sans gastro-entérite. Prétendre que l'hydrophobie est une *névrose*, c'est donc vouloir expliquer par un mot dont la signification est sujette à plusieurs interprétations, la production d'un symptôme inflammatoire au moins dans la maladie dont il est presque inséparable; et l'on est fondé à conclure que dans celles qu'il caractérise, à la vérité moins rarement, il ne dépend pas d'une autre cause prochaine.

Ici, nous entendons plusieurs personnes faire la remarque, que dans la rage l'hydrophobie est un des effets du virus, cause prochaine de cette maladie; c'est ce que nous examinerons quand nous en tracerons l'histoire : disons seulement ici qu'on reconnaît universellement que l'hydrophobie qui survient dans les fièvres, les phlegmasies et les névroses non produites par la morsure d'un animal, n'est pas due à un virus,

et répétons que l'analogie porte à l'attribuer dans l'un comme dans l'autre cas, à une inflammation encéphalo-bronchique.

Les causes de l'hydrophobie indépendante de la rage, ou, comme on le dit, de l'*hydrophobie spontanée*, sont toutes celles qui peuvent provoquer le développement des fièvres, des phlegmasies, des névroses, dont elle est le symptôme. Il est une espèce d'hydrophobie, dite *spontanée idiopathique*, que l'on prétend être indépendante de toute fièvre, de toute phlegmasie et de toute autre névrose, une névrose primitive, essentielle, en un mot, produite par des causes morales, par des causes qui n'agissent, dit-on, que sur le système nerveux. *Voyez*, pour ce qu'on doit penser de cette prétendue névrose pure, l'article NÉVROSE.

L'hydrophobe s'émeut à la vue, au bruit, au toucher d'un liquide, quel qu'il soit; il est saisi d'une vive contraction des mâchoires, son corps en entier est agité d'un frisson convulsif; il suffoque; son œil est hagard, sa face tuméfiée et rouge, ou pâle et contractée. Il suffit quelquefois de la vue d'un corps poli, qui réfléchit la lumière, et par là simule un liquide, pour déterminer tous ces accidens. D'abord peu intense, irrégulièrement périodique, l'hydrophobie augmente, devient continue, s'accroît; le malade périt dans une convulsion ou à la suite d'un calme de courte durée. La coïncidence des symptômes qui accompagnent l'éloignement invincible du malade pour les liquides, est déterminée par la même loi physiologique qui fait qu'à la vue d'un serpent on recule agité d'un frémissement convulsif; l'état cérébral est le même dans l'un et l'autre cas; dans le dernier il est avec conscience, souvent sans conscience dans le premier; instantané dans celui-ci, permanent dans celui-là; il peut être mortel dans le second comme dans le premier. Qui pourrait donc s'étonner que l'hydrophobie ait été dans plusieurs cas la suite de la peur, de l'horreur, de la colère? Et pourquoi ne pas voir dans tous ces états les degrés plus ou moins intenses d'une même modification?

Il ne faut pas confondre l'hydrophobie ou aversion pour les liquides, d'où difficulté dans la déglutition et frisson convulsif, avec la dysphagie, ou simple difficulté d'avaler, sans aucun symptôme convulsif, primitif ou consécutif.

L'hydrophobie indépendante de la rage peut-elle se communiquer par inoculation, ou d'une manière quelconque? Jusqu'à ce qu'un seul fait bien observé en ait démontré la possibilité, il faut se refuser à l'admettre, si l'on ne veut continuer à embarrasser la science d'une foule de suppositions. Le fait cité par Maugar, d'une femme qui devint hydrophobique quelques jours après la mort de son mari, devenu hydrophobe sans avoir été mordu, prouve seulement que, comme l'épilepsie, l'hy-

drophobie peut se développer chez les personnes très-irritables témoins d'un spectacle si affreux.

L'apparition de l'hydrophobie dans le cours d'une maladie, est du plus fâcheux augure ; il ne paraît pas qu'aucun malade qui en ait été affecté ait recouvré la santé ; la mort tarde peu. Nous avons eu occasion de l'observer chez un malade qui succomba vers le quatrième jour, sans que rien annonçât qu'il eût été mordu. A l'ouverture du cadavre, faite par des mains inhabiles, observée par des gens peu instruits, on ne trouva, dit-on, qu'un ramollissement putrilagineux des muscles intercostaux. Nous ne pûmes assister à l'ouverture du cadavre; nous n'avions vu le malade qu'un instant : l'hydrophobie était moins intense que la veille.

Le traitement de l'hydrophobie, comme celui de tout symptôme qui paraît dû surtout à une vive irritation de l'encéphale, doit consister dans l'emploi méthodique de la médication antiphlogistique et dérivative dirigée contre l'encéphalite et contre les autres inflammations qui ont déterminé, ou qui compliquent celle-là. *Voyez* RAGE.

HYDROPHTHALMIE, s. f., *hydrophthalmia;* hydropisie de l'œil. Cette maladie, plus fréquente chez les enfans que chez les adultes, est due à une irritation plus ou moins vive des parties intérieures du globe oculaire. Des contusions sur la région temporale ou sur l'œil lui-même, des ophthalmies rebelles ou souvent réitérées, telles sont les causes les plus fréquentes de l'hydrophtalmie, qui se manifeste aussi, chez un grand nombre de sujets, sans cause déterminante appréciable.

On reconnaît cette affection à l'augmentation de volume, à la saillie du globe oculaire, que les paupières ne recouvrent qu'avec difficulté, et qui, les écartant enfin, reste exposé à l'action de corps extérieurs. C'est surtout d'avant en arrière que se fait cet accroissement de l'œil; l'organe prend une forme ovoïde; la cornée transparente s'élargit, s'amincit, se porte en avant; chez les enfans, elle s'amollit, se désorganise, et forme une tumeur plus ou moins considérable. Ces altérations sont accompagnées d'abord d'un sentiment de plénitude et de tension au fond de l'orbite; plus tard, des douleurs vives se font sentir dans l'œil; elles dépendent du tiraillement des nerfs et de la tension des membranes de cet organe. Variables, suivant les sujets, sous les divers rapports de leur violence et de l'époque de leur apparition, ces douleurs reviennent ordinairement par accès d'autant plus longs et plus rapprochés, que la maladie est parvenue à un plus haut degré. Lorsque la distension du globe est extrême, elles sont très-intenses, continues, presque insupportables; elles se propagent à toute la tête, et elles ont quelque-

fois occasioné la mort. L'augmentation de la convexité antérieure de l'œil étant un résultat nécessaire de l'hydropthalmie, cette affection est toujours accompagnée de myopie. A mesure que l'hydropisie fait des progrès, la vision devient plus difficile : le malade ne voit bientôt plus que pendant le milieu du jour, et ne reconnaît que les couleurs les plus tranchées ; il arrive, enfin, à ne plus distinguer qu'à peine la lumière d'avec les ténèbres. L'opacité, assez fréquente, soit de la cornée, soit de quelques-unes des membranes internes de l'œil, rend la cécité complète. Un phénomène remarquable, et presque constant, dans l'hydrophthalmie, c'est que l'iris, immobile et dilaté au milieu de l'humeur aqueuse, est incessamment agité d'un tremblement extraordinaire qui se manifeste surtout à l'occasion du plus léger mouvement.

L'examen des yeux affectés d'hydrophthalmie a permis de constater que l'humeur vitrée est alors ordinairement ramollie, dissoute et confondue avec l'humeur aqueuse, de telle sorte que l'on ne saurait déterminer auquel de ces deux liquides la maladie est due. Les distinctions établies par quelques écrivains, et entr'autres par Sabatier, entre la buphthalmie et l'hydropisie oculaire, sont donc inutiles et mal fondées. La membrane hyaloïde est quelquefois ramassée, au fond de l'œil, en un peloton pulpeux assez semblable à la rétine, pour l'aspect et la consistance. Les humeurs qui remplissent l'organe sont rougeâtres ; le cristallin et la capsule ont perdu leur transparence ; cette dernière a contracté des adhérences avec l'iris, qui se trouve portée tantôt en avant et tantôt en arrière du globe oculaire. Tout annonce que, quelles que soient les causes, l'hydropisie de l'œil est toujours accompagnée d'une irritation chronique intérieure, dont l'exhalation augmentée des liquides n'est que le résultat immédiat.

L'hydrophthalmie est constamment une maladie grave : chez le plus grand nombre des sujets, elle résiste à tous les efforts de l'art ; sa marche est plus ou moins rapide, et la violence des accidens proportionnée à ces divers degrés d'acuité. Les collyres toniques et les fumigations irritantes, dont on a proposé de faire usage contre cette maladie, sont ordinairement plus nuisibles qu'utiles. Le mercure, que l'on a tant vanté, et qui, suivant quelques praticiens, doit être administré jusqu'à produire la salivation, n'a peut-être jamais opéré une seule guérison bien constatée. Il en est de même des diaphorétiques, des apéritifs, de la scille, des préparations antimoniales, de la ciguë, de la digitale pourprée et d'une foule d'autres substances qui ont trouvé des prôneurs plus ou moins enthousiastes. Les purgatifs réitérés et administrés à petites doses n'ont qu'une action faible et incertaine, qu'il ne faut cepen-

dant pas entièrement négliger. On peut combiner leur action avec celle des vésicatoires appliqués à la nuque, et qui ont quelquefois rendu la maladie stationnaire. Lorsque l'irritation est manifeste, et que les douleurs internes sont habituelles, des sangsues, appliquées à la base de l'orbite, seraient, sans doute, avantageuses, et favoriseraient l'action des révulsifs. Des lotions adoucissantes, l'attention de préserver l'œil d'une vive lumière, tels sont les moyens locaux les plus convenables. Exercée sur le globe oculaire, la moindre pression serait éminemment dangereuse, et accroîtrait tous les accidens.

Si les moyens indiqués plus haut demeurent inefficaces, et si la maladie continue ses progrès, il faut ouvrir l'œil et donner issue aux liquides qui le distendent. Cette opération ne doit pas avoir pour but, ainsi que le croyaient ceux qui la pratiquèrent d'abord, de réduire le globe à son volume normal, en évacuant la partie surabondante de l'humeur aqueuse. Une guérison de ce genre ne saurait être obtenue. Aussi a-t-on proscrit la ponction de l'œil, soit qu'on l'exécutât, comme Nuck, au moyen d'un petit trois-quarts porté au centre de la cornée, soit qu'à l'imitation de Heister, on perçât la partie inférieure de la sclérotique avec le même instrument. Le séton, que quelques praticiens ont passé à travers la partie antérieure de l'œil, afin de le vider graduellement, n'a pas eu un meilleur sort. Il est démontré que l'hydrophthalmie ne peut guérir que par l'entière évacuation des liquides qui la constituent, et par le rapprochement, l'inflammation et l'adhérence mutuelle de toutes les membranes oculaires. Pour obtenir ce résultat, on a trouvé fort simple de pratiquer une incision circulaire à la sclérotique, et d'emporter toute la cornée; mais ce procédé, adopté par Louis, Marchant et Terras, est suivi d'une phlogose des plus intenses, et d'accidens qui ont plus d'une fois fait courir aux malades les plus grands dangers. On lui préfère, soit une incision demi-circulaire à la cornée, semblable à celle que nécessite l'extraction de la cataracte, et dont on retranche le lambeau, soit l'excision d'une partie du centre de la cornée, égale à une grosse lentille, que l'on exécute avec le couteau à cataracte. L'ouverture doit être telle, que le liquide puisse s'écouler graduellement et sans obstacle, mais à mesure seulement que les membranes de l'œil se rapprochent, et de manière à ne pas permettre l'irruption de l'air dans cet organe. Les accidens se dissipent d'abord; mais, vers le quatrième jour, survient une inflammation plus ou moins vive, qu'il faut combattre au moyen des applications émollientes, des saignées locales et de tout l'appareil du traitement antiphlogistique. La cure n'est achevée que quand l'ulcère, qui succède à la plaie, s'est cicatrisé, et que le globe oculaire s'est

réduit à un tubercule mobile, sur lequel il est facile de fixer un œil d'émail. *Voyez* STAPHYLÔME ct OEIL.

HYDROPHTHORATE, s. m., *hydrophthoras ;* nom générique des sels formés par la combinaison de l'acide hydrophthorique avec les bases salifiables.

Tous ces sels sont sans usages. La nature ne nous en présente que quatre, ceux de chaux, de cerium, de cerium et d'yttria, de soude et d'alumine. Le premier seul est commun, et paraît servir de gangue aux mines de plomb, d'étain et de zinc.

HYDROPHTHORIQUE, adj., *hydrophthoricus ;* nom donné par Orfila à l'*acide fluorique*, qui n'a pas encore été décomposé jusqu'à ce jour, mais qu'on suppose, par analogie, formé d'hydrogène, et d'un radical appelé *phthore* ou *fluor*.

C'est un liquide blanc, d'une odeur très-piquante et très-pénétrante, d'une saveur insupportable, qui rougit fortement les couleurs bleues végétales. La chaleur le réduit à l'état de gaz, mais il redevient liquide en se refroidissant. Le froid ne le solidifie pas. Il se combine avec l'eau en toutes proportions, et en produisant un grand dégagement de chaleur. Mis en contact avec l'air, il se vaporise, et donne naissance à d'épaisses vapeurs blanches.

De tous les corps connus, c'est le plus corrosif. Lorqu'on l'applique sur la peau, il la désorganise à l'instant même, en occasionant une forte douleur, et donnant lieu à la formation d'une ampoule, d'où il suit qu'on ne peut en aucune manière le respirer.

Ses usages sont très-bornés. On ne s'en sert que dans les arts, pour graver sur le verre.

HYDRO-PHYSOCÈLE, s. f., *hydro-physocele ;* hernie inguinale dont le sac renferme de la sérosité et des intestins distendus par des gaz.

HYDROPISIE, s. f., *hydropisis*. Ce mot qui, dans l'origine, n'indiquait que l'état des malades affectés d'*ascite*, est encore employé dans ce sens par les personnes étrangères à notre art; mais les médecins ne s'en servent, depuis longtemps, que pour désigner l'existence d'un liquide, ordinairement séreux, occupant une cavité du corps ou le tissu d'un organe qui n'en contient pas dans l'état de santé. De tous les écrits publiés sur les hydropisies, le plus récent et le meilleur est, sans contredit, celui d'Itard; nous allons lui faire de nombreux emprunts, ainsi que le lecteur attentif pourra s'en apercevoir; si nous ne partageons pas toutes les opinions émises par ce savant médecin, nous rendons hommage avec plaisir à son talent et à sa probité littéraire, bien faite pour servir d'exemple, surtout aujourd'hui.

La première question que l'on se fait quand on s'occupe de

recherches sur l'hydropisie est celle-ci : est-ce une maladie, et, si c'en est une, est-ce une maladie quelquefois primitive ou toujours secondaire? Pour résoudre ce problème, il faudrait d'abord décider ce qu'on doit entendre par maladie : ce n'est pas ici le lieu convenable pour entrer dans une discussion qui trouvera place ailleurs; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'hydropisie, telle que nous l'avons définie, est le résultat d'un état morbide dont il faut étudier les rapports avec l'inflammation et l'hémorragie; la question se réduit à savoir si cet état morbide est *sui generis*, ou s'il est une suite accidentelle de l'inflammation, une nuance de l'irritation, l'irritation d'un ordre particulier de vaisseaux, ou l'atonie des tissus qu'il affecte. On ne peut douter de la nécessité d'une modification organique, pour que la sérosité soit exhalée à la surface de la plèvre par exemple, au point de s'y accumuler et d'y former une collection considérable. Cette modification ne peut être qu'un accroissement de la fonction du tissu, effet d'une irritation, mais d'une nuance différente de celle qui donne lieu momentanément à la dessiccation de la surface des membranes, comme il arrive dans les premiers temps et à l'époque du plus haut degré de leur inflammation. L'observation démontre que les phlegmasies des séreuses, par exemple, qui ne sont pas suivies d'une suppuration proprement dite, comme les inflammations du tissu cellulaire, déterminent une abondante exhalation de sérosité, dont une partie se concrète en flocons, en couches membraniformes. Mais les signes de l'inflammation préalable des tissus ne sont pas toujours appréciables, l'inflammation ne réside pas toujours dans le tissu qui exhale la sérosité surabondante. Ainsi, à l'ouverture du cadavre, on ne trouve parfois absolument aucune trace d'altération de structure au péritoine ou à la plèvre, mais le foie est squirreux, ou le poumon est tuberculeux; dans ce cas, s'il n'y a pas eu d'inflammation primitive des membranes qui revêtent ces viscères, il est certain qu'une irritation sympathique de ces membranes a donné lieu à l'exhalation surabondante de sérosité, en vertu de la grande loi qui fait qu'un organe augmente d'action quand vient à languir celle de l'organe avec lequel il est le plus intimement lié.

Lors même que l'hydropisie est le résultat de l'inflammation d'un viscère voisin seulement du tissu qui en devient le siége, elle est donc toujours le résultat d'un surcroît local d'action; il n'y a donc pas d'hydropisies passives, pas plus que d'hémorragies passives ou de sueurs d'expression. Boerhaave a pu dire que l'*obstruction* d'un viscère enflammé ou squirreux entraînait l'hydropisie de la membrane voisine, par suite de l'obstacle

apporté au retour de la lymphe; cette théorie surannée ne mérite pas qu'on s'y arrête, et l'on est étonné de voir Broussais la reproduire sous le nom d'hydropisie par obstacle à la circulation, genre d'hydropisie sur lequel il ne s'explique pas, donnant en cela l'exemple d'une réserve qu'il abandonne constamment quand il trouve le plus petit coin où placer sa gastrite.

C'est en vain qu'on prétendrait aujourd'hui que l'hydropisie dépend tantôt de l'augmentation d'action des vaisseaux exhalans, tantôt de la faiblesse relative de l'action des absorbans, tantôt seulement de la faiblesse de ces derniers, devenue telle relativement à l'exhalation qui demeure la même, tantôt de la faiblesse radicale des exhalans, qui laissent échapper la sérosité en trop grande quantité, tantôt enfin de la trop grande énergie des absorbans du poumon, par exemple : ce sont là des jeux d'imagination. Qui a vu ces exhalans et ces absorbans? qui les a vus forts, qui les a vus faibles? à quels signes reconnaître l'un ou l'autre de ces états? L'état morbide des absorbans et des exhalans, dit avec raison Itard, considéré comme cause prochaine de l'hydropisie, et abstraction faite des maladies propres aux tissus qui les supportent, ne peut être rigoureusement déterminé, et toute division nosologique, tout plan de traitement, qui portent sur cette base mal assurée, sont, par là même, aussi précaires que défectueux.

On admet, comme causes de l'hydropisie, outre l'état morbide, c'est-à-dire l'inflammation des organes contenus dans les cavités splanchniques, on admet, disons-nous, les lésions du système sanguin, telles que la pléthore ou l'augmentation de la masse du sang, l'anémie ou la diminution de la masse de ce liquide, opérée, entr'autres causes, par une hémorragie, la prédominance de la partie blanche du sang sur la partie rouge, les embarras de la circulation, par suite d'affections du cœur ou des gros vaisseaux, et, enfin, l'accélération du cours du sang. Mais la pléthore ne peut donner lieu à l'hydropisie sans déterminer, au préalable, une vive irritation ou plutôt une véritable inflammation du tissu qui doit en être affecté, ainsi qu'on peut s'en convaincre dans l'anasarque dite active, dont les symptômes inflammatoires sont manifestes. L'anasarque, en pareil cas, n'est qu'un symptôme de phlegmasie manifeste. Les hémorragies les plus copieuses, les plus fréquemment répétées, ne déterminent l'hydropisie que chez les sujets affectés d'inflammation; encore, lorsqu'elle a lieu, est-on en droit de nier qu'elle ait été le résultat des saignées, plutôt que de l'inflammation elle-même, dont on n'a obtenu qu'une résolution incomplète. La prédominance de la partie blanche du sang sur sa partie rouge, est ordinairement présumée plutôt que connue; cet état n'a

jamais seul donné lieu à l'hydropisie; de telles assertions demanderaient à être prouvées par ceux qui les avancent, et, par cela seul qu'elles ne le sont pas, nous sommes dispensés de prouver le contraire. Peut-on apporter, en preuve de la surabondance de cette partie du sang, les cas où l'hydropisie s'est manifestée à la suite d'un séjour prolongé dans l'eau, au milieu d'une atmosphère humide, après l'ingestion d'une grande quantité d'eau, ou l'introduction de ce liquide dans les veines? Ce dernier fait est, au moins, contestable; quant aux autres, ils démontrent seulement que les membranes séreuses et le tissu cellulaire sont des réservoirs où l'action organique dépose quelquefois des liquides surabondans relativement au corps qui les contient; mais qu'il en arrive ainsi quand le sang contient plus de sérosité que de fibrine, c'est, encore une fois, ce que rien ne prouve directement. Dans tous les cas, cette exhalation d'un liquide surabondant, de la substance aqueuse introduite en trop grande quantité dans l'organisme, prouve en faveur de notre opinion sur le surcroît d'activité des agens de l'exhalation dans toutes les hydropisies. En effet, celles dont il s'agit sont précisément celles qu'on attribue à la faiblesse et à des causes prétendues débilitantes, parce qu'elles affaiblissent l'action musculaire. Les embarras de la circulation ne produisent pas l'hydropisie, comme la ligature d'une veine produit l'engorgement d'un membre, excepté quand il y a un rétrécissement véritable entre la partie et le cœur, sur le trajet des veines. L'obstruction du canal thoracique ne donne pas lieu à l'hydropisie, comme on l'a prétendu. Lorsque l'obstacle à la circulation est entre le cœur et la partie malade, sur le trajet des artères, l'hydropisie n'en est pas la suite. Si, au déclin de presque toutes les maladies du cœur et des gros vaisseaux, on voit survenir l'hydropisie, ce n'est pas en raison de l'obstacle au cours du sang, mais plutôt parce que la partie séreuse du sang est versée, en plus grande abondance que de coutume, dans les cavités séreuses et dans le tissu cellulaire, afin de diminuer d'autant la masse d'un liquide qui ne circule plus qu'avec peine; ce n'est donc pas par une rétention mécanique. Même, dans le cas de compression ou de ligature des veines, on pourrait avancer qu'il y a exhalation accidentelle de sérosité; car, enfin, ce n'est pas du sang qui s'accumule. L'accélération du cours du sang nous paraît ne pouvoir pas donner lieu à l'hydropisie; si le cœur exerçait sur les agens de l'exhalation tout l'empire qu'on lui suppose, ce serait du sang et non de la sérosité qui serait exhalé, au moins le plus souvent, car pourquoi de la sérosité seulement, puisque la partie blanche et la partie rouge seraient poussées en même temps?

Nous nous croyons autorisés à poser en principe que toute hydropisie suppose un excès d'exhalation; cette exhalation surabondante est-elle toujours dépendante d'une phlegmasie proprement dite du tissu dans lequel elle a lieu? Non; c'est pourquoi il importe de distinguer, autant que faire se peut, pendant la vie, l'hydropisie provenant de l'inflammation du tissu hydropique, celle qui dépend de l'inflammation d'un tissu voisin, et, enfin, celle qui est due à l'interruption plus ou moins complète du mouvement circulatoire: non pas que ces trois ordres de causes déterminent l'hydropisie d'une manière différente, mais afin de savoir quel état morbide on a à combattre pour faire cesser l'hydropisie, c'est-à-dire pour faire qu'il n'y ait plus de sérosité accumulée dans telle cavité ou dans tel tissu organique; à quoi il faut ajouter que l'inflammation qui produit directement l'hydropisie du tissu qu'elle affecte, varie de degré au point que parfois elle ne laisse d'autre trace que l'hydropisie elle-même, ce qui fait qu'en pareil cas on a cru devoir recourir à de vaines idées d'atonie des exhalans. C'est ainsi qu'en niant ou en méconnaissant les traces de l'inflammation, on finit par ne la voir nulle part, et l'on fait autant de maladies essentielles de chacun de ses produits.

Il résulte de ce qui précède, qu'il n'y a point d'hydropisies essentielles, non plus que d'hydropisies asthéniques ou passives. Si l'hydropisie survient de préférence chez des sujets qui ont été soumis à l'action de causes réputées débilitantes, elle est l'effet, non pas de la faiblesse produite par ces causes, mais de la répulsion opérée, vers les membranes séreuses ou le tissu cellulaire, par ces mêmes causes.

Itard a exposé, avec beaucoup de soin, les divers états morbides des organes contenus dans les cavités splanchniques qui entraînent à leur suite l'hydropisie. Il serait inutile de s'arrêter ici à prouver que ces lésions sont le produit immédiat ou médiat de l'inflammation. Son opinion, que les organes en proie à l'hydropisie sont susceptibles de s'enflammer par un travail morbide, analogue à celui de quelques érysipèles de mauvais caractère, annonce que cet observateur attentif avait bien reconnu l'extrême fréquence de l'inflammation dans l'hydropisie, mais que, par suite de la théorie du temps, il était forcé d'en faire un effet de ce dont elle est la cause.

Cet auteur range, dans l'ordre suivant, les lésions organiques susceptibles de déterminer l'hydropisie : ce sont d'abord les anévrismes du cœur et des gros vaisseaux, les engorgemens du foie, puis les maladies chroniques de l'ovaire; dans cette énumération, il n'a eu en vue que d'indiquer les lésions qui ne se bornent pas à occasioner un épanchement dans la cavité qui les renferment : celles-ci sont, dit-il, les plus nombreuses; nous ajouterons que ce sont les phlegmasies, surtout chroni-

ques, de tous les viscères enveloppés de membranes séreuses, et surtout celles de ces membranes. N'est-ce pas, en effet le plus ordinairement, d'une arachnoïdite que dépend l'hydrocéphale, d'une pleurésie que provient l'hydrothorax, d'une péritonite que dépend l'ascite ? On dit que l'ascite est, le plus souvent, l'effet d'une maladie du foie; mais sous ce nom ne comprend-on pas toute inflammation du péritoine hépato-diaphragmatique? ne serait-on pas autorisé, d'après cela, à attribuer l'hydrothorax à une maladie du poumon plutôt que de la plèvre? certains états du foie, dans l'hydropisie ascite, ne peuvent-ils pas être comparés à celui du poumon déprimé et réduit au quart ou au sixième de son volume dans l'hydrothorax? est-il bien certain que cette réduction du poumon soit un effet purement mécanique de la compression du viscère par le liquide? Ce sont là autant de problèmes à résoudre; en attendant leur solution, ne craignons pas de dire que l'hydropisie dépend de l'inflammation des membranes séreuses, plus souvent encore qu'on ne le pense.

Rien ne prouve davantage la fréquence de ces inflammations que ce qu'on appelle *hydropisie enkystée*, c'est-à-dire la présence d'un liquide, ordinairement séreux, dans des poches membraneuses formées à l'intérieur des membranes séreuses ou de quelques viscères, du foie principalement, évidemment par suite d'un épanchement d'albumine, qui donne lieu à des adhérences, à la formation de cellules dont les parois finissent par s'organiser. Telle paraît être l'origine, non seulement des KYSTES, mais encore des HYDATIDES, si on en juge d'après quelques faits observés par des hommes versés dans la science médicale vétérinaire.

Il est quelques personnes qui semblent disposées plus que d'autres à contracter des hydropisies, si on en juge par la facilité avec laquelle leurs membres inférieurs se gonflent à la suite d'une fatigue légère, d'un excès de table, d'un léger dérangement dans la menstruation; leurs paupières sont habituellement bouffies, ou bien se remplissent de sérosité; leurs chairs sont flasques, leur peau blafarde; on aurait tort d'en conclure néanmoins que ces personnes soient destinées à mourir d'hydropisie; fort souvent, au contraire, une abondante diarrhée termine leur existence; mais enfin on voit plus souvent des personnes de cette constitution devenir hydropiques que d'autres. La prédominance du système lymphatique peut donc être comptée au nombre des causes qui favorisent le développement de l'hydropisie.

Dire de l'hydropisie qu'elle règne de préférence dans les lieux bas et humides, environnés de montagnes et exposés aux vents du midi; qu'elle affecte plus particulièrement les femmes,

les enfans, les personnes âgées, et notamment l'âge de l'adolescence, c'est répéter, pour la première partie de cette proposition, ce que tous les médecins ont constaté à l'unanimité ; quant à la seconde partie, c'est dire que tous les âges de la vie y sont exposés, ce qui n'est point exact. Cette proposition est trop générale : l'adolescence n'est point l'âge où aucune hydropisie se montre plus souvent; l'hydropisie de la tête est seule commune chez les enfans, tandis que dans le déclin de l'âge on voit survenir l'ascite, la plus fréquente de toutes les hydropisies. Relativement aux âges, les hydropisies suivent absolument les mêmes rapports de fréquence que les phlegmasies, et l'on ne doit pas s'en étonner, puisque l'inflammation est la cause prochaine la plus fréquente de l'hydropisie. Ce qu'on a dit de l'endémicité de l'hydrocéphale en Angleterre et à Genève, n'est pas complétement démontré, c'est-à-dire qu'il n'est pas prouvé que cette hydropisie soit moins commune dans le reste de l'Europe. L'endémicité spéciale de l'hydrothorax et de l'hydropéricarde sur les côtes d'Andalousie plutôt qu'ailleurs, est un conte à dormir debout, que de bons esprits n'auraient pas dû répéter.

L'humidité de l'air est certainement une condition favorable à la formation et surtout à l'accroissement de l'hydropisie ; dans l'automne, on voit le ventre des ascitiques prendre, en peu d'heures, un volume plus considérable, quand l'humidité de l'atmosphère augmente. Toutes les causes qui favorisent l'action de l'humidité sur le corps vivant, sont donc susceptibles de contribuer, plus ou moins directement, à la production de l'hydropisie. Nous nous croyons dispensés d'insister sur les autres causes de cet état morbide, puisque ce sont toutes celles des inflammations des membranes dans lesquelles l'accumulation de sérosité a lieu, des organes voisins de ces membranes, ou bien du trouble déterminé dans la circulation par les affections du cœur et des gros vaisseaux.

Toutes les circonstances qui opèrent la suppression de la perspiration cutanée paraissent devoir être des causes très-puissantes de l'hydropisie ; on le pense généralement ; peut-être est-ce seulement de cette manière que le séjour prolongé dans l'eau détermine l'anasarque ou l'ascite, maladies attribuées, en pareil cas, à une absorption considérable du liquide dans lequel le corps a séjourné. Cependant il paraît que c'est plutôt la cessation de la sécrétion, et peut-être d'une perspiration peu connue des membranes muqueuses, qui donne lieu à l'hydropisie, si l'on fait toutefois abstraction des cas où elle survient par l'effet d'une pleurésie, d'une péritonite, produites elles-mêmes par un refroidissement de la peau.

Dans l'état actuel de la science, il serait impossible de tracer

une histoire générale des phénomènes des hydropisies. Elles n'ont point de symptômes communs, parce que les parties dans lesquelles elles ont lieu n'ont presque rien de commun dans leurs rapports avec l'extérieur; les symptômes les plus apparens dans toutes les maladies dont le siége est profond sont ceux qu'offrent les fonctions; or ces fonctions varient dans ces différentes parties, ou du moins ce qu'elles ont de commun est précisément ce qu'on connaît le moins.

Les hydropisies actives et les passives, admises par quelques auteurs, n'ont pas seulement été adoptées comme division spéculative, on a cru devoir en faire l'application à la pratique. C'était renouveler ce que les anciens ont dit de l'hydropisie *chaude* et de l'hydropisie *froide*, l'une avec tout l'appareil d'un système circulatoire énergique, de la chaleur et des douleurs, l'autre avec phénomènes de langueur dans la circulation, température peu élevée du corps, surtout de l'organe affecté, et absence de douleur. Ces deux états symptomatiques opposés se succèdent chez le même sujet; on voit presque toujours l'hydropisie chaude ou active être suivie de l'hydropise froide ou passive; je n'ai, je l'avoue, jamais vu d'hydropisie passive, froide, ou, si l'on veut, *séreuse*, sans qu'une douleur ne l'ait précédée, excepté quand elle s'établit subitement dans l'encéphale. Il est utile de constater si l'état de la circulation annonce de la faiblesse, de la suractivité, ou l'enrayement du mouvement du cœur, s'il est permis de s'exprimer ainsi; mais que font à la nature de la lésion primitive les variations des symptômes sympathiques? Il n'est pas d'hydropisie qui ne soit chaude à son début, et froide au déclin de la vie, pour tout observateur attentif : dira-t-on que la maladie change de nature, quoique les symptômes les plus immédiats soient les mêmes? Nous nous croyons autorisés à poser en principe que les hydropisies ne sont pas plus froides ou asthéniques dans leurs symptômes que dans leur cause prochaine. Ce que nous avons dit des HÉMORRAGIES *passives*, et ce que nous dirons des INFLAMMATIONS *passives*, s'applique également ici, quoiqu'il soit vrai de dire que l'hydropisie n'est pas souvent accompagnée de symptômes sympathiques annonçant une surexcitation, par la raison fort simple qu'ordinairement elle a lieu quand le sujet a subi une grande déperdition de matériaux, qui fait que l'action vitale se concentre au lieu de s'éparpiller.

Quels changemens subit un tissu devenu le siége d'une exhalation séreuse trop active? quelle influence exerce-t-il sur les autres organes? On manque de données pour résoudre ces deux problèmes. On a beaucoup parlé de la macération des organes qui plongent dans le liquide épanché, de leur mol-

lesse et de leur décoloration, mais parce qu'un tissu ne se décolore pas par cela seul qu'il exhale un liquide blanc, ces mêmes intestins, cet estomac mou, flasque, sont le siége ordinairement d'une vive excitation à leur surface interne; l'action de la macération s'arrêterait-elle donc à la membrane péritonéale? est-ce la macération qui surexcite la plèvre, le péritoine hydropiques, au point de produire dans ces membranes les inflammations prétendues érysipélateuses dont on trouve si souvent les traces après la mort? ces mêmes membranes, qu'on nous peint dans un état d'atonie si profond, ne contribueraient-elles donc en aucune manière aux douleurs que tous les hydropiques ressentent dans leur voisinage? Partout où l'on scrute la pathologie, on trouve des restes du plus grossier humorisme, et, pour enrichir la médecine, en l'offrant avec toutes ses véritables richesses, il suffit presque de la dépouiller de cet oripeau.

Il n'est pas très-rare de ne trouver aucune trace appréciable de lésion dans les tissus hydropiques; mais il faut, à cet égard, faire d'importantes distinctions; cette proposition, trop généralisée, devient fausse : ainsi, jusqu'ici on a dit que, dans l'hydrocéphale, l'arachnoïde n'offrait le plus ordinairement aucune trace d'état morbide, mais les travaux de Lallemand démentent cette assertion. Pour peu qu'on ait ouvert des cadavres, on sait combien il est peu fréquent de trouver la plèvre intacte dans l'hydrothorax, le péricarde dans l'hydropéricarde, le péritoine dans l'ascite; reste donc le tissu cellulaire, qui, fort souvent, ne paraît guère altéré. En somme, le plus ordinairement on trouve des traces d'inflammation dans le tissu hydropique; quand on n'en trouve pas là, on en trouve dans un organe voisin, dans le foie, les ovaires, le poumon, le cerveau; parfois ces viscères et la membrane qui les revêt ont été affectés de la même manière, peut-être même en est-il toujours ainsi, quoique les suites n'en soient pas toujours aussi manifestes; enfin, lorsque ni ces viscères ni les membranes voisines ne sont lésés d'une manière apparente, on peut affirmer par avance que le cœur ou les gros vaisseaux sont affectés. Reste donc un petit nombre de cas où l'ouverture des cadavres ne dévoile aucune lésion; ces cas sont devenus bien peu nombreux depuis les progrès récens de l'anatomie pathologique, et il y a lieu de croire qu'ils le deviendront chaque jour davantage.

Tout ce qu'on avait dit du rôle important des lymphatiques dans l'hydropisie, ne s'est pas confirmé; il y a des exemples d'oblitération du canal thoracique sans hydropisie; c'est que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas, non plus que les veines, les agens uniques de l'absorption, mais seulement, comme les

veines, des conducteurs des liquides absorbés ; d'où il résulte que, lorsqu'un de ces ordres de canaux est devenu impropre au transport, l'autre y supplée.

De quelle nature est le liquide épanché dans les tissus hydropiques? quelles sont ses analogies avec la lymphe, le sérum du sang et l'urine, ainsi qu'avec la sérosité des vésicatoires? C'est ce que nous examinerons à l'article SÉROSITÉ. Là, nous dirons combien cette humeur varie dans son aspect, comment elle est assez souvent claire, limpide et citrine, parfois trouble, sanguinolente, souvent chargée de flocons albumineux, quelquefois opaque, blanche, lactiforme : alors nous dirons à quelle ridicule théorie cette dernière ressemblance a donné l'existence, celle des métastases laiteuses. La sérosité est quelquefois, non-seulement trouble, mais encore fétide.

Nous avons dit un mot des cavités qui se formaient par l'adhérence partielle des deux parties de la face interne des membranes séreuses, surtout de celles de l'abdomen, et des hydropisies partielles qui en résultent; c'est ce qu'on a nommé *hydropisie enkystée*; nous en parlerons à l'article KYSTE. Lorsque l'hydropisie est due à la présence d'une grande quantité d'hydatides, il y a ce qu'on appelle *hydropisie hydatidique*. *Voyez* HYDATIDE.

Il est difficile de déterminer jusqu'à quel point l'hydropisie contribue à causer la mort des sujets qui en sont affectés. Il est fort aisé de dire qu'elle les fait périr par la compression des tissus autour desquels la sérosité s'épanche. N'est-il pas plus probable que la même cause qui donne lieu à l'épanchement, finit par entraîner la mort, soit que cette cause consiste dans une inflammation du tissu hydropique lui-même ou d'un organe voisin, soit que la simple surexcitation de l'action exhalante du tissu détermine dans la circulation une dérivation telle, que cette importante fonction finisse par ne plus avoir lieu de la manière nécessaire pour que la vie continue. Si la compression, la macération produites par la sérosité entraînaient la mort, comment seraient-elles des années à venir chez des hydropiques dont le péritoine, la plèvre, et même l'arachnoïde sont surchargés d'une quantité considérable de ce liquide.

Itard a établi une distinction heureuse entre l'hydropisie *aiguë* et l'hydropisie *chronique*. La première, dit il, se déclare et s'accroît rapidement, attaque, pour l'ordinaire, des sujets jeunes et robustes; un pouls dur et plein, de la dypsnée, de l'insomnie, des douleurs dans les membres, la turgescence de la face, la peau chaude, troubles subits de la fonction du tissu des organes, tels en sont les symptômes communs. Elle dure au plus quelques semaines, à moins qu'elle ne passe à

l'état chronique. L'hydropisie aiguë est assez rare pour que beaucoup de médecins n'en aient jamais vu, du moins si on ne donne ce nom qu'à l'état que nous venons d'indiquer; mais quoi de plus commun qu'un épanchement peu abondant dans la cavité du péritoine, à la suite de la gastro-entérite aiguë très-intense, pour peu qu'il s'y soit joint un certain degré d'inflammation du péritoine; est-il une seule péritonite à la suite de laquelle il ne se manifeste pas un certain degré d'ascite; ne voit-on pas survenir assez souvent une anasarque légère et partielle à la suite des affections, surtout abdominales, auxquelles on a donné le nom de *fièvres?* N'est-il pas permis de penser qu'il en arrive autant à la plèvre, au péricarde, et même à l'arachnoïde, dans les pleurésies et les arachnoïdites très-intenses, qui ne font pas périr les sujets.

C'est ici le lieu de dire que l'hydropisie est si peu une maladie, qu'on n'ose souvent décider s'il y a la quantité suffisante de sérosité pour que l'on puisse affirmer qu'il y ait hydropisie. Il est démontré que, dans l'état de santé, les cavités des membranes séreuses ne contiennent pas de sérosité, et pourtant, quand on en trouve peu dans les cadavres, on ne regarde point la présence de cette humeur comme l'effet d'un état morbide. Selon les uns, c'est la suite de l'agonie; selon les autres, c'est le résultat d'une altération cadavérique. Nous accorderons, si l'on veut, que les épanchemens ne se forment quelquefois que peu avant la mort, d'autant plus volontiers que ceux-là ont lieu le plus ordinairement, soit à la tête, soit dans la plèvre ou le péricarde; nous accorderons également qu'après la mort, la quantité de cette sérosité puisse augmenter, quoique cela ne soit pas très-sensible pour le péritoine, pour lequel cela devrait l'être. Mais n'est-il pas ridicule, le mot est dur mais vrai, de *décider* gravement, comme l'a fait Corvisart, que moins de six à sept onces de sérosité trouvées dans le péricarde n'annonçaient pas un état morbide du cœur ou de son enveloppe? Au lieu de porter cette sentence, il fallait uniquement s'attacher à reconnaître les cas où il est possible d'annoncer que la sérosité, quelle que soit sa quantité, a été exhalée peu ou beaucoup de temps avant la mort. Qu'aurait dit Corvisart au médecin qui aurait prétendu qu'au-delà de cinq onces, il y avait eu maladie? On commence à reconnaître ce que ces sentences magistrales ont d'inexact et de décourageant pour quiconque serait tenté de faire davantage pour la science. L'hydropisie est un des produits de l'irritation; pour qu'elle existe, il suffit que de la sérosité se trouve là où il n'y en a pas dans l'état normal. Des travaux d'anatomie pathologique ont prouvé qu'une quantité de sérosité si peu abondante qu'on ne peut la re-

cueillir qu'avec peine, était souvent une trace, non équivoque, mais unique, d'une arachnoïdite reconnue avant la mort du sujet. Il y a loin de ces résultats à ceux que Corvisart aurait pu obtenir la balance à la main.

L'hydropisie aiguë, dit Itard, est la plus rare; le cerveau est, de toutes les parties, celle qui l'offre le plus fréquemment; viennent ensuite le tissu cellulaire, la tunique vaginale, la capsule articulaire du genou, la cavité thoracique et l'abdomen. Très-meurtrière quand elle attaque le cerveau, cette hydropisie offre moins de danger quand elle constitue un hydrothorax, une ascite, et surtout une anasarque; Fabrice de Hilden l'a vu guérir après un flux de ventre ou un épistaxis. Selon Itard, le liquide épanché est ordinairement limpide, peu abondant, presqu'entièrement aqueux. En écrivant cette proposition trop générale, sans doute, il avait l'hydrocéphale présent à la pensée; car il n'en est pas ainsi dans l'ascite aiguë, c'est-à-dire dans l'hydropisie peu intense et passagère qui succède parfois à la péritonite. Le même auteur distingue l'hydropisie aiguë, essentielle ou idiopathique, d'avec l'hydropisie aiguë secondaire; cette dernière est, dit-il, dans la plupart des cas, un résultat ou un symptôme de quelque phegmasie membraneuse ou parenchymateuse, telle que la pleurésie ou la péripneumonie, la péritonite, l'hépatite, l'encéphalite, la méningite. Après avoir ainsi payé un tribut à la théorie scolastique, ce judicieux auteur se hâte de déclarer qu'entre l'une et l'autre il n'y a de différence que celle de l'intensité plus ou moins grande de la cause qui les produit toutes deux. Dans la première, dit-il, c'est une irritation morbide qui provoque un surcroît d'exhalation de la part des membranes séreuses, sans qu'il en reste aucune trace après la mort; dans la seconde, le stimulus, poussé jusqu'à l'inflammation, détermine l'épaississement des membranes, l'exsudation d'une matière lactescente puriforme, des adhérences de fausses membranes et autres altérations persistantes. On regrette que l'habile observateur à qui l'on doit ces judicieuses considérations, se soit cru obligé d'admettre les anciennes théories qu'elles réfutent si complétement, et de donner le nom d'essentiel à un degré de l'irritation qui produit l'hydropisie, et celui de secondaire à un autre degré qui produit le même résultat.

Pour peu qu'on jette un coup-d'œil sur les symptômes de l'hydropisie aiguë, l'on verra que ce ne sont que ceux de l'irritation d'une membrane, d'un parenchyme, ou du tissu cellulaire, plus ceux qui accompagnent la collection de sérosité. Cette collection n'est souvent reconnue qu'à la mort, parce qu'elle est ordinairement peu abondante, et tous les signes

qu'on a indiqués comme annonçant sa présence dans l'encéphale, la plèvre et le péricarde, n'ont jusqu'ici été d'aucune utilité réelle. Si quelquefois un professeur de clinique étonne son auditoire en annonçant qu'on trouvera de l'eau dans la tête ou la poitrine, cette prénotion est fondée uniquement sur l'extrême fréquence de cet état, à la suite du trouble des organes contenus dans ces cavités; en pareil cas, sa prescience est un jeu à pair ou non, dans lequel il est presque certain de gagner. Nous avons déjà dit que l'incertitude du diagnostic se prolongeait quelquefois, même après l'ouverture du cadavre.

Itard s'est attaché à tracer un tableau des phénomènes, et surtout des phénomènes sympathiques des hydropisies chroniques; nous allons transcrire ce tableau fait avec soin: L'hydropisie chronique se décèle ordinairement par la plupart de ces symptômes : sécheresse, décoloration, flaccidité de la peau, couleur pâle et intumescence de la face, qui conserve toujours un air de saleté; blancheur extrême, quelquefois un peu bleuâtre de la conjonctive, entièrement dépourvue de ses vaisseaux sanguins; soif continuelle, urines épaisses, rougeâtres, bourbeuses, abondantes et très-disproportionnées avec les boissons, beaucoup moins épaisses dans l'anasarque, naturelles et peu diminuées dans l'hydrocéphale, etc.; abattement moral; dyspnée plus ou moins prononcée, lors même que la poitrine est exempte de tout épanchement; palpitations fréquentes, souvent indépendantes de l'état maladif du cœur; faiblesse et abattement, plus marqués après le sommeil constamment troublé par des rêves fatigans; empâtement dans quelqu'un des membres du même côté qui est le siége de la collection; dégoût des alimens, flatuosités par haut, apathie, tendance à l'inaction, mollesse, crainte de la mort. Lorsque la cavité qui renferme le liquide a des parois extensibles, elle se dilate, prend un volume considérable; les côtes se soulèvent, si c'est dans la plèvre; les sutures s'écartent, si c'est dans le crâne; si c'est dans le péritoine, la tumeur percutée d'une main, l'autre étant appliquée à l'opposite du lieu frappé, on distingue aisément la fluctuation du liquide, parce que celui-ci est toujours abondant, excepté au commencement de l'épanchement. Cette fluctuation peut être masquée par une complication. Dans l'anasarque, elle est peu sensible; mais, si on appuie le doigt avec une certaine force, l'enfoncement qu'il produit ne se dissipe pas de suite.

On se tromperait beaucoup si l'on croyait trouver dans ces phénomènes la totalité de ceux qui précèdent et accompagnent les hydropisies chroniques. Il n'y a que les symptômes communs à toutes les hydropisies qui ont duré fort long-temps, et principalement ceux qu'on observe dans la troisième période

de l'ascite, de l'hydrothorax, de l'hydropéricarde et de l'anasarque ; on y chercherait en vain les symptômes inflammatoires qui précèdent et accompagnent, même jusqu'au dernier moment, ceux dout on vient de lire l'énumération ; pour être obscurs et souvent imperceptibles pour des observateurs inattentifs, ils n'en sont pas moins des indices précieux qui révèlent la véritable nature du mal. Dans quelques cas, les phénomènes inflammatoires manquent ou paraissent manquer, mais ces cas sont fort rares. Il n'en arrive guère ainsi que dans les derniers momens des hydropiques. Nous ne voulons pas en inférer la nécessité des émissions sanguines dans toute hydropisie et à toute époque de cet état morbide, car nous savons qu'il est des inflammations qu'on ne doit point attaquer par les antiphlogistiques ; mais nous savons aussi que ce sont là précisément les inflammations que l'on ne parvient à guérir que bien rarement. Nous en tirerons la nécessité d'attaquer toute inflammation dès son début, afin de n'être pas, plus tard, forcé de demeurer tranquille spectateur d'une mort qu'on aurait pu prévenir dans beaucoup de cas.

Les hydropisies aiguës passent à l'état chronique sous l'empire des conditions qui favorisent davantage ces affections ; il est inutile de répéter que ces conditions sont le séjour dans les pays humides, les saisons où l'humidité prédomine, la prédominance lymphatique. Dans toutes ces circonstances, on voit se développer rapidement les symptômes d'hydropisie chronique indiqués plus haut, diminuer et s'effacer presque complétement les phénomènes d'inflammation. Des hydropisies *sympathiques* s'établissent dans les tissus analogues à celui qui est affecté. On a prétendu que cette extension de l'épanchement séreux était l'effet d'une transsudation mécanique plutôt que vitale ; c'est ce qu'il faudrait démontrer. On dit que les vieillards qui ont les jambes œdémateuses, sont exposés à des accidens mortels lorsqu'ils gardent long-temps le lit, parce que la position horizontale fait disparaître l'enflure des extrémités inférieures, mais il ne peut en être ainsi qu'à la fin des hydropisies chroniques, et rien ne prouve que ce soit par l'effet d'une métastase de la sérosité sur un organe important ; si cette métastase avait lieu par la transsudation, on verrait successivement les genoux et les cuisses se tuméfier avant l'apparition des accidens. C'est par l'effet d'un épanchement cérébral que mouraient subitement des malades qui, selon Stoll, périssaient par l'effet d'un simple œdème des membres inférieurs, quand ils se livraient au sommeil. L'inflammation est une cause plus certaine de la mort des hydropiques. Ainsi on voit s'exaspérer celle qui a produit l'hydropisie, ou bien la membrane séreuse, sympathiquement provoquée à verser de

la sérosité, s'enflammer elle-même ; une mort prompte a lieu dans l'un et l'autre cas. Cette recrudescence de l'inflammation, cette apparition d'une phlegmasie nouvelle est annoncée par le redoublement des douleurs, et souvent par la chute des forces seulement ; l'ouverture des cadavres en révèle seule l'existence dans plusieurs cas. Lorsque le péritoine, par exemple, ne s'est enflammé que tardivement, les traces de phlegmasie sont peu marquées, il y a souvent des plaques brunes, et tout annonce que la gangrène a eu lieu. On conçoit qu'il en arrive facilement ainsi dans un tissu affecté depuis si long-temps, dans un corps radicalement affaibli par un long trouble dans la nutrition.

Rien n'est plus grave que le pronostic de l'hydropisie chronique; il est rare que le malade ne succombe pas; si l'on obtient parfois une guérison passagère, ordinairement la maladie se renouvelle et ne cesse plus. Pour adopter cette proposition toute entière, il suffit de faire remarquer que l'hydropisie est un désordre de plus ajouté à une inflammation chronique si rarement curable, ou à une altération profonde irrémédiable des organes principaux de la circulation. Tout ce qu'on a dit de la terminaison des hydropisies par des crises, se réduit à ceci, que cet état morbide, ou plutôt celui dont il n'est que l'effet, peut cesser par une heureuse révulsion de l'irritation, et qu'alors les excrétions, jusque-là supprimées, se rétablissent subitement, mais cela ne peut avoir lieu que lorsque les viscères et les membranes séreuses n'ont pas subi une altération de texture profonde. Non-seulement ces crises sont, comme on le dit, très-rares, le plus souvent infructueuses ou incomplètes, mais encore il est très-commun de voir la diarrhée par exemple annoncer la fin prochaine des hydropiques, car il ne faut pas perdre de vue que tout malade arrivé à la troisième période ou au plus haut degré d'une inflammation, surtout chronique, succombe infailliblement à toute inflammation qui vient la compliquer. Il est à remarquer que les charlatans ne désespèrent jamais de la guérison des hydropisies, et que les médecins en désespèrent toujours ; c'est que les premiers ne trouvent leur salut que dans la guérison inopinée de maladies ordinairement incurables, guérison achetée par des médications d'une violence souvent homicide, tandis que les seconds, plus jaloux de ne pas nuire que de guérir, repoussent des succès rares obtenus au milieu de meurtres fréquens.

Nous ne pouvons admettre que l'hydropisie chronique essentielle ait pour cause une atonie primitive des exhalans et des absorbans, car cela supposerait que les exhalans affaiblis exhalent trop, de même que les exhalans fortifiés et que les absorbans affaiblis n'absorbent pas assez, de

telle sorte que l'excès ou le défaut de forces produiraient des effets diamétralement opposés dans ces deux ordres de vaisseaux. Itard dit que les hydropisies chroniques essentielles sont fort difficiles à distinguer sur le vivant, et à constater dans le cadavre. Qu'est-ce donc qu'une maladie dont la théorie implique contradiction, et que les meilleurs observateurs ne peuvent ni distinguer, ni faire distinguer avant ni après la mort? Itard n'admet d'ailleurs d'autres différences entre l'hydropisie aiguë essentielle et l'hydropisie aiguë symptomatique, que l'intensité plus ou moins grande de la cause qui les produit toutes deux : la seconde est produite par l'inflammation, par conséquent la première est produite par un travail analogue, mais seulement moins intense ; l'hydropisie chronique symptomatique est produite par l'inflammation ou ses suites, donc cette hydropisie est de même nature que l'hydropisie aiguë symptomatique. Celle-ci n'est pas due à la faiblesse, l'hydropisie aiguë essentielle non plus; qui peut donc admettre encore que l'hydropisie chronique essentielle, s'il en existe, soit due à l'atonie?

On a donné le nom d'hydropisie essentielle à celle qui se manifeste en peu de temps à la suite des maladies aiguës, et, chose singulière, parce que l'on suppose qu'elle est due à l'atonie, on la range parmi les hydropisies chroniques, bien qu'elle soit aiguë! Si c'est le bas-ventre ou le système cellulaire qui en est le siége, l'issue en est ordinairement heureuse et la durée peu longue, dit Itard, surtout si les urines sont abondantes et déposent une matière sabloneuse. Rassuré par ce signe, Morgagni, dans un cas de cette espèce, annonça que la maladie aurait une fin heureuse, et l'événement justifia le pronostic de cet homme célèbre. Pour nous, nous n'hésitons pas à considérer cette hydropisie comme aiguë, éminemment active, sthénique, à la suite d'une inflammation du péritoine ou de la plèvre, quand elle a lieu dans la cavité de cette membrane, et, ce qui le prouve, c'est que la mort peut survenir, survient fort souvent, et même promptement, à la suite de ce produit phlegmasique.

Parmi les hydropisies symptomatiques chroniques, les plus fréquentes sont, dit avec raison Itard, celles que produisent les lésions des organes de la circulation, puis celles qui sont occasionées par les phlegmasies chroniques des membranes et des viscères voisins. Sous le même nom, il comprend les hydropisies locales qui sont comme l'effet du trop plein d'une grande collection, telle que l'anasarque et l'hydrocèle tégumentaire qui se montrent dans l'ascite ou l'hydrothorax; telle est encore l'hydrorachis qui survient dans l'hydrocéphale, et enfin les collections séreuses consécutives, résultat de la rupture de

quelque grand kyste ou de la destruction des hydatides. Les premières sont faciles à reconnaître, sauf toutefois l'hydrorachis; il est difficile ou plutôt impossible de distinguer les dernières des hydropisies par excès d'exhalation. Mais lorsqu'on voit le tissu cellulaire du scrotum s'infiltrer, l'anasarque se joindre à l'ascite, à l'hydrothorax, on a tort d'attribuer l'hydrocèle et l'anasarque à la transsudation du liquide, car l'hydropisie du tissu cellulaire commence par les mains, les pieds, avant d'envahir les bras, les cuisses et le scrotum; le contraire aurait lieu si le liquide cheminait de l'abdomen ou de la poitrine vers les extrémités inférieures ou supérieures. Nous ne croyons nullement que le liquide épanché dans l'arachnoïde crânienne descende mécaniquement dans l'arachnoïde vertébrale : de ce que cela a lieu sur le cadavre, il ne faut pas en conclure qu'il en soit de même sur le vivant, ou bien il faut croire que ce versement a toujours lieu, ce que les faits démentent, puisque souvent la quantité de sérosité trouvée dans le canal vertébral est incomparablement plus petite que celle des ventricules cérébraux et même de la base du crâne.

Toute méthode de traitement qui ne repose point sur une connaissance approfondie de la nature et du siége du mal est le fruit d'un empirisme aveugle ou d'une hypothèse, et ne peut que dégoûter de l'exercice de la médecine tout esprit tant soit peu sévère. N'est-ce pas en effet du dégoût qu'inspirent tant de prétendues méthodes recommandées par la foule des pathologistes contre l'hydropisie; aucun d'eux presque ne part du principe qu'il ne suffit pas de vider un sac, mais de faire cesser une sécrétion morbide : évacuer directement ou indirectement, tel est leur unique but. Ils évacuent en effet, mais semblable au tonneau des Danaïdes, le tissu hydropique se remplit encore plus vite qu'on ne parvient à le vider. Nous pensons que la pathologie physiologique, bien comprise et bien appliquée, fera mieux qu'enseigner à guérir l'hydropisie, elle enseignera le moyen de la rendre aussi rare qu'elle est commune aujourd'hui. Il ne faudra pour cela que combattre les inflammations dès leur début, faire cesser par tous les sacrifices les phlegmasies aiguës, ne pas nourrir les phlegmasies chroniques par des méthodes incendiaires; si ensuite l'hydropisie se montre, on n'aura point du moins à se reprocher d'en avoir favorisé le développement.

Itard divise en deux parties l'exposition du traitement de l'hydropisie, selon qu'elle est aiguë ou chronique; cette division est à la fois pratique et fondée sur la nature du mal, et par conséquent préférable à toute autre. Il indique, contre la première, des saignées copieuses, nombreuses même quand il y a pléthore, lorsque la constitution le permet, et

si le pouls, au lieu de s'affaiblir après les premières évacuations sanguines, devient plus plein et plus développé, et enfin si la maladie n'est encore qu'à son début. Dans le cas contraire, il veut qu'on ne recoure à la saignée qu'avec beaucoup de ménagement, et il a parfaitement raison; mais il pense que l'on doit recourir aux excitans dirigés sur un organe qui sympathise avec le tissu hydropique, que, par conséquent, on doit employer les frictions dans l'anasarque, les purgatifs dans l'ascite, les délayans et les pilules toniques et purgatives de Bacher. Dans le cas où l'hydropisie est survenue à la suite de la suppression d'une sécrétion, d'une exhalation quelconque, habituelle, accidentelle ou morbide, le même auteur recommande les vésicans, les ventouses, les sangsues. L'hydropisie est-elle spasmodique, c'est à l'éther et à l'opium qu'il faut recourir; enfin, quand elle est symptomatique, il prescrit de satisfaire d'abord aux indications présentées par la maladie essentielle, puis de recourir aux moyens propres à dissiper la collection, évacuer les eaux, réparer les désordres produits par leur séjour. Ces préceptes sont conformes à l'expérience: relativement à la saignée, il est beaucoup de cas où l'on ne saurait être trop réservé dans l'emploi de ce moyen. Les sangsues n'ont pas les inconvéniens de la saignée, mais l'hydropisie s'oppose parfois à ce qu'on les applique assez près de l'organe lésé; en pareil cas, on les met à l'anus pour l'hydropisie de l'abdomen. Quant à l'hydropisie spasmodique, nous ne savons ce qu'on entend par là, si ce n'est une hydropisie guérie par des moyens réputés antispasmodiques; mais, en suivant un pareil mode de nomenclature, il faudrait appeler hydropisie *purgative*, hydropisie *naturelle*, celles qui guérissent sous l'empire des purgatifs, ou par le retour spontané des organes à l'état normal.

Itard recommande, dans l'hydropisie chronique, 1°. de combattre les causes par la saignée, ou mieux les émissions sanguines locales, lorsqu'il y a des signes de pléthore ou d'inflammation, suppression d'hémorroïdes ou d'une hémorragie; par le régime sec, c'est-à-dire la privation absolue des boissons remplacées au moyen de quelques gorgées de liquides amers ou spiritueux, des fruits, de quelques cuillerées de boisson mucilagineuse, et un peu de vin, torture prônée par les anciens, rejetée de la plupart des modernes; par les toniques, tels que l'élixir de gentiane, l'extrait d'absinthe, l'infusion des baies du génevrier, les préparations ferrugineuses et le quinquina; par les fondans, tels que les eaux minérales, salines et savonneuses, le mercure en friction; par le rappel ou l'inoculation ou le remplacement de la maladie dont la suppression a produit l'hydropisie, telle est la gale, par exemple; et dans

le cas où l'épanchement se fait à la suite de la rougeole, de la miliaire ou de la scarlatine, par les frictions vésicantes, les vésicatoires, les épithèmes stibiés; lorsque l'aménorrhée l'a déterminée, la saignée ou les sangsues; 2°. dissiper les effets de l'hydropisie, en provoquant l'expulsion des eaux par les diurétiques, tels que la scille, la digitale pourprée, le genêt, l'oxymel colchitique, les baies de genevrier, les sucs de plantes dites apéritives, de chicorée sauvage, de laitue cultivée, de raifort cultivé, de pariétaire, de pissenlit, avec le nitrate de potasse, à raison de quarante grains sur huit onces de ces sucs; par les délayans, tels que le petit-lait, le bouillon de veau ou de poulet, que l'on rend tonique par l'addition de la décoction de quinquina, ou bien les décoctions légèrement amères, et mieux les eaux minérales pures ou coupées avec le petit-lait, celles de Vichi, de Bonnes, de Barrèges, de Forges, ou bien celles de Spa, mêlées avec le vin, ou bues sans mélange; par les produits chimiques, tels que l'alcool nitrique, le sous-carbonate de potasse, l'acétate de potasse, le nitrate de potasse, le tartrate acidule de potasse, et même le deuto-sulfate de cuivre, à la dose d'un demi-grain ou d'un grain; par les antispasmodiques, tels que l'opium, la teinture thébaïque, ou mieux le camphre et l'éther; par les purgatifs, tels que le jalap, le nerprun, la gomme-gutte, l'iris de Florence, l'ellébore noir, la deuxième écorce de l'hièble, l'aloës soccotrin, la scammonée, la coloquinte, l'élatérium, le protochlorate de mercure, l'émétique à petites doses, associé à la crême de tartre; par les vomitifs, principalement les substances diurétiques qui, données à haute dose, provoquent les nausées; le sirop scillitique, le genêt en poudre, la digitale même; par les sudorifiques, principalement les bains de vapeurs, les fumigations acéteuses, l'étuve sèche chauffée avec l'alcool enflammé, le bain de sable ou de chlorure de sodium fortement chauffé; 3°. procéder à l'extraction des eaux par les exutoires, les mouchetures, la paracentèse; 4°. prévenir les récidives en empêchant la reproduction, ou en faisant cesser les causes auxquelles la maladie était due, en combattant la faiblesse qu'elle laisse après elle, par les toniques, les astringens, un régime sec et nourissant, et une compression méthodique, quand faire se peut.

Itard ne s'est pas borné à énumérer sèchement tous ces moyens, comme nous venons de le faire; chacun d'eux lui a fourni l'occasion de remarques presque toujours importantes, et qui décèlent un habile praticien; mais il ne s'est pas attaché à signaler les cas où l'on doit préférer tel ou tel ordre de moyens, ni l'ordre dans lequel on doit passer d'une série de médicamens à une autre série; il n'a point indiqué les contre-

indications si fréquentes et si nombreuses; on aurait désiré qu'il fît remarquer que la plupart de ces moyens n'ont guère été mis en usage que contre l'hydropisie de l'abdomen et contre celle de la poitrine; il n'a pas assez dit que, dans le plus grand nombre des cas, quatre-vingt-dix au moins sur cent, tous ces moyens échouent, tourmentent horriblement le malade, à l'exception de la paracentèse, et hâtent sa fin en provoquant des gastrites, des entérites, auxquelles il ne peut que succomber. Nous n'ignorons pas qu'il est peu de positions aussi pénibles que celle d'un médecin en face d'un malade qui demande la guérison ou du soulagement; nous ne blâmons pas les efforts de l'empirisme, là où le raisonnement échoue, et l'impartialité nous porte à consigner ici les réflexions suivantes d'Itard sur le traitement de l'hydropisie : « Il n'est point de maladie, dit-il, qui exige un plus grand nombre de remèdes que l'hydropisie chronique; car, outre que leur action n'est souvent que momentanée, et ne peut être continue ou reproduite qu'en variant sans cesse les médicamens, on est fréquemment obligé, après avoir épuisé toute la série des moyens rationnels, de recourir à un grand nombre de ceux qui ne se recommandent que par des succès empiriques. C'est dans cette maladie, plus que dans aucune autre, qu'on voit souvent, quand le traitement le mieux indiqué et le plus habilement administré a complétement échoué, le malade guérir par le breuvage d'un audacieux charlatan, ou le conseil de quelque commère ignorante. Si donc il vous faut prononcer sur l'incurabilité absolue de l'hydropisie, que ce soit d'après l'état du malade, et jamais d'après l'inefficacité du remède. Un des plus anciens professeurs de la capitale avait coutume de répéter cette vérité chaque année dans ses cours; il engageait les jeunes praticiens à ne jamais refuser le traitement de l'hydropisie, par la raison qu'elle avait résisté aux soins des plus habiles médecins, et de l'entreprendre avec quelque confiance, en employant des remèdes entièrement opposés. L'expérience avait aussi démontré à Selle l'avantage de ces bizarres tâtonnemens. Cet auteur recommande, lorsqu'on a échoué dans une première tentative, de revenir à la charge avec les mêmes remèdes administrés à des doses ou plus fortes ou plus faibles, assurant avoir obtenu, en les réemployant ainsi, un tout autre effet que par leur première administration. Ainsi, le traitement des hydropisies est aussi rationnel qu'empirique. L'homme de l'art ne déroge point en associant l'un à l'autre, et en essayant quelquefois de certaines formules réprouvées par la science, mais justifiées par le succès. La vraie médecine est celle qui guérit, et, comme l'a dit Galien, la philosophie du médecin n'est que son expérience. » Ces idées sont aussi vraies qu'ingénieu-

sement rendues, néanmoins il est à désirer que la hardiesse du médecin n'ait pas toujours d'autre excuse que l'exemple des empiriques et leurs succès grossis et multipliés par l'admiration du peuple de tous les rangs. Il est, sans doute, quelques signes auxquels on peut reconnaître que l'administration d'un remède héroïque, c'est-à-dire d'un remède qui peut être meurtrier, ne nuira point, et l'on ne saurait trop engager les praticiens à la recherche de ces signes. Ils y parviendront s'ils étudient davantage les antécédens de l'hydropisie, s'ils se convainquent de la nécessité d'employer, avant son apparition, lorsqu'on a lieu de la redouter, les moyens qui sont si souvent inefficaces lorsqu'il s'agit de la guérir.

Dans tout ce qu'on a dit jusqu'ici sur le traitement de l'hydropisie, on s'est trop représenté cette lésion comme primitive et comme atonique; c'est là le principe faux qui a conduit à un traitement peu différent de l'empirisme le moins réfléchi, et qui a empêché d'établir une méthode de traitement d'après laquelle on s'attacherait à calmer l'irritation du tissu hydropique, maintenir l'intégrité de la digestion, et stimuler les sécrétions. Si on parvient à ce résultat, il n'est pas nécessaire de recourir aux moyens propres à faire disparaître la collection, elle disparaît par cela seul que le liquide cesse d'être versé en aussi grande abondance. Lorsqu'on ne peut arriver à remplir, je ne dis pas une, mais bien ces trois indications, malheureusement souvent contradictoires, en vain on provoque l'expulsion ou l'extraction des eaux, le tonneau se vide moins vite qu'il ne s'emplit. L'état actuel de la science ne permet pas d'en dire davantage sur le traitement de l'hydropisie considérée en général : nous appliquerons de ces principes à chacune des hydropisies en particulier, et nous faisons des vœux pour que la science fasse de nouveaux progrès, en partant du point où l'a portée un des médecins les plus distingués et les plus modestes de nos jours. *Voyez* ANASARQUE, ASCITE, HYDROCÈLE, HYDROCÉPHALE, HYDRO-GASTRITE, HYDRO-MÉDIASTIN, HYDROMÈTRE, HYDROPÉRICARDE, HYDROPHTHALMIE, HYDROPNEUMONIE, HYDRORACHIS, HYDROSARCORCÈLE, HYDROTHORAX, HYDROTITE, KYSTE.

HYDROPISIE ABDOMINALE (art vétérinaire). Nous l'avons observée plusieurs fois sur le bœuf et la brebis, qui y paraissent plus exposés que les autres espèces animales, celle du chien exceptée, qui en est assez fréquemment atteinte.

L'ascite se forme ordinairement peu à peu, et se décèle par l'augmentation de volume du ventre, la tuméfaction de ses parois, l'œdématie des membres, des organes génitaux du mâle et des mamelles de la femelle, et surtout par la fluctuation du fluide épanché. Lorsque ce fluide existe en quantité

considérable, il comprime, par sa masse et son poids, les viscères abdominaux, détermine ainsi mécaniquement la difficulté de respirer, en gênant les mouvemens d'abaissement du diaphragme. L'affection est encore caractérisée par la sécheresse de la peau, la suppression de la perspiration cutanée, le défaut de sueurs, une soif continuelle, la rareté et la coloration des urines, la constipation, ou des alternatives de diarrhée et de constipation. Le pouls est variable et ne fournit guère de lumières. A mesure que la maladie fait des progrès, et surtout à sa dernière période, les membranes muqueuses que l'on peut apercevoir à l'extérieur, sont pâles, principalement celle de la bouche; la conjonctive est infiltrée et tout à fait décolorée; les membres s'atrophient, le thorax se resserre, l'évacuation survient, et en plus ou moins de temps le malade succombe, quelquefois avec un dévoiément qui l'épuise et que rien ne peut arrêter, quelquefois après une complication d'anasarque, d'hydrothorax ou d'hydrocéphale.

L'hydropisie abdominale se manifeste le plus ordinairement à la suite d'une autre maladie, le plus souvent chronique, et qu'on était quelquefois loin de soupçonner; et lorsque l'ascite vient à se développer, il est à remarquer que c'est toujours après que la fonction exhalante de la peau et l'action sécrétoire des reins ont été supprimées. Ainsi, toutes les causes qui peuvent déterminer de tels effets, peuvent en même temps développer l'ascite. Telles sont l'humidité habituelle de l'air, le séjour dans les contrées basses, marécageuses, entrecoupées de pièces d'eau, les pluies froides, surtout pour les bêtes à laine, dont la toison reste quelquefois mouillée durant plusieurs jours de suite, la privation d'alimens salubres, les boissons très-froides pendant un état de sueur, l'immersion prolongée, la disparition subite d'un écoulement habituel, nasal ou autre, ou d'une maladie exanthématique, et tout ce qui peut déterminer une inflammation aiguë ou chronique du péritoine, ou de tout autre des organes contenus dans l'abdomen.

Le traitement est en général infructueux. Peut-être ne le connaît-on pas encore assez bien, ou ne fait-on pas assez d'attention à la cause qui occasione la maladie. Il faut d'abord s'accorder sur ce point essentiel, c'est que l'ascite étant due à une irritation primitive ou secondaire du péritoine, la lésion essentielle d'où dérive l'épanchement séreux doit être particulièrement attaquée en premier lieu. Cette irritation est encore susceptible de l'état aigu et de l'état chronique. Si elle est aiguë, et tant qu'elle l'est, elle réclame l'application raisonnée des moyens indiqués et reconnus avantageux pour

combattre l'inflammation des organes; si elle est chronique, et c'est le cas le plus ordinaire pour lequel on est appelé, il convient de mettre en usage les moyens propres à rétablir, à exciter vivement l'action sécrétoire de la peau et des intestins. Ainsi, dans le premier cas, on se borne à traiter la phlegmasie, et dans le second, on fait tout son possible pour exciter les sueurs, les urines et la sécrétion de la membrane muqueuse intestinale.

Les moyens les plus propres à reporter la suractivité sécrétoire vers une surface ou un organe plus ou moins éloigné du péritoine sont : l'acétate d'ammoniaque, à cause de son action sympathique sur la peau, les lotions chaudes et toniques, les vapeurs aqueuses ou sèches des plantes aromatiques; les fortes frictions répétées tant avec l'étrille qu'avec le bouchon de paille très-dur, le placement des malades de temps en temps dans le fumier chaud, leur exposition aux rayons solaires, les couvertures de laine, sont toutes choses propres à exciter directement la peau. Les vésicatoires, la cautérisation et le moxa sont encore d'utiles révulsifs dont on peut faire usage. En même temps qu'on excite la perspiration cutanée, et qu'on s'efforce d'obtenir une révulsion à l'extérieur, on active la sécrétion de l'urine à l'aide des diurétiques, et celle des intestins par les cathartiques. Nous nous contentons d'indiquer ces moyens; nous avons déjà exposé, au mot *hydrocéphale*, comment il convient de les employer, et il est inutile de nous répéter. Au surplus, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, où l'on accorde une si petite place à la médecine vétérinaire, on est obligé de se renfermer dans les indications générales, et de négliger beaucoup de choses de détail.

Relativement à la paracentèse de l'abdomen, elle n'est en réalité qu'un palliatif, et n'est pas susceptible de guérir radicalement. On peut opérer, on opère même sans danger quand elle est pratiquée comme elle doit l'être; mais elle ne procure jamais qu'un soulagement momentané, l'animal n'en est pas moins hors de service, et c'est principalement les services qu'on peut retirer des animaux que le vétérinaire doit avoir en vue dans le traitement de leurs maladies. D'ailleurs, la ponction de l'abdomen n'est pas exempte des inconvéniens attachés à celle du thorax (*Voyez* HYDROTHORAX), même lorsqu'on la fait incomplétement, qu'on la répète, et qu'à chaque fois on essaie de suppléer le liquide extrait, en injectant à peu près la même quantité d'une décoction vulnéraire miellée, ainsi qu'on le conseille.

HYDROPNEUMONIE, s. f., *hydropneumonia*, infiltration séreuse du poumon; désignée dans ces derniers temps sous le nom d'*œdème du poumon*, par Laënnec, qui seul en a donné

une histoire détaillée, bien supérieure à ce que Hippocrate, Le Pois, Dehaen, Albertini et Barrère en avaient dit. Nous lui empruntons la substance de cet article, en changeant la dénomination impropre qu'il a cru devoir adopter.

Laënnec définit l'hydropneumonie une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel qu'elle diminue notablement sa perméabilité à l'air. Elle est, suivant lui, fort commune, mais rarement idiopathique et primitive; elle se développe le plus souvent chez les sujets affectés d'autres hydropisies, vers l'époque de la terminaison fâcheuse des fièvres chroniques, des altérations organiques, notamment de celles aiguës du cœur, à la suite de la péripneumonie, dans la période la plus avancée des bronchites chroniques. Ce n'est guère qu'à la fin d'une maladie, soit aiguë, soit chronique, que se développe l'hydropneumonie, souvent peu d'heures, quelquefois plusieurs semaines et même plusieurs mois avant la mort; cependant elle *paraît* être quelquefois idiopathique. Le seul motif que Laënnec *paraisse* avoir pour établir cette assertion est consigné dans un passage trop curieux pour que nous ne le rapportions pas en entier, afin de démontrer combien il est difficile à un observateur habile de prouver qu'il y ait des hydropisies essentielles primitives, ou, si l'on veut, idiopathiques: « L'orthopnée suffocante qui emporte quelquefois les enfans à la suite de la rougeole, n'est *probablement* autre chose qu'un *œdème idiopathique du poumon*. Je n'ai point eu occasion de vérifier cette *conjecture*, parce que j'ai été assez heureux pour n'avoir jamais perdu un malade parmi ceux que j'ai traités de la rougeole; mais elle me *paraît* fondée d'après la disposition à la diathèse séreuse qui existe souvent à la suite de cette maladie, et d'après la fréquence de la complication péripneumonique pendant sa durée même ». Puisque Laënnec reconnaît comme secondaire l'hydropneumonie qui succède à la péripneumonie sans rougeole, il nous permettra de regarder comme telle l'hydropneumonie qui succède à la péripneumonie qui complique la rougeole; car c'est par une péripneumonie que périssent les enfans qui succombent à la suite d'une orthopnée suffocante, effet de la rougeole. Ainsi l'hydropisie du poumon est toujours secondaire.

Personne n'en décrit les caractères anatomiques avec autant de soin que l'a fait Laënnec, et nous devons ici le citer textuellement: « Lorsqu'elle occupe la totalité d'un poumon, et qu'elle a une date un peu ancienne, le tissu pulmonaire présente une teinte d'un gris pâle, et qui n'a plus rien de la couleur légèrement rosée qui lui est naturelle; ses vaisseaux paraissent contenir moins de sang que dans l'état ordinaire. Le poumon, plus dense et plus pesant que dans l'état naturel, ne

s'affaisse nullement à l'ouverture de la poitrine. Il est cependant encore presque aussi crépitant que dans l'état naturel. L'impression du doigt y reste un peu plus fortement marquée que dans un poumon sain. Lorsqu'on l'incise, il en ruisselle une sérosité abondante, presque incolore ou très - légèrement fauve, transparente et à peine spumeuse. Ces derniers caractères suffiraient pour faire distinguer cette lésion de la péripneumonie au premier degré, dans laquelle la sérosité infiltrée dans le tissu pulmonaire enflammé est fortement sanguinolente et très-spumeuse, si, d'ailleurs, la rougeur caractéristique de l'inflammation n'établissait entre les deux affections une différence extrêmement tranchée. Il n'est pas rare de trouver dans un poumon œdémateux quelques points péripneumoniques au premier degré et même au second, et autour de ces points le passage insensible et graduel de la péripneumonie à l'hydropisie. Les faits de ce genre se rattachent naturellement à ceux qui établissent une grande affinité entre l'inflammation et la diathèse séreuse.

« Quelque intense que soit l'œdème du poumon, la texture spongieuse des cellules aëriennes reste sans altération, et on la reconnaît toujours parfaitement, surtout à l'intérieur, et lorsqu'il a coulé une certaine quantité de sérosité par les incisions; mais lorsque le poumon est encore entier, il est assez difficile de distinguer les cellules aériennes, parce que la sérosité qui les remplit diminue à la fois leur transparence et l'opacité de leurs cloisons. Lorsque l'œdème du poumon est ancien et universel, il ne présente ordinairement aucun mélange de l'infiltration sanguine cadavérique que l'on observe sur les parties postérieures du poumon dans la plupart des cadavres.

« L'œdème du poumon qui survient aux approches de la mort, dans quelque maladie que ce soit, est ordinairement partiel, et occupe le plus souvent les parties postérieure et inférieure du poumon, comme l'infiltration cadavérique sanguine, à laquelle il est alors assez souvent réuni.

« Il ne faut pas confondre avec l'œdème du poumon une espèce particulière d'infiltration que le tissu pulmonaire présente assez souvent, chez les phthisiques, dans l'intervalle des masses tuberculeuses. Cette infiltration, toujours partielle et peu étendue, est formée par une matière demi-liquide et en quelque sorte gélatiniforme, demi-transparente, grisâtre ou légèrement sanguinolente. Partout où elle existe, on ne distingue plus les cellules aëriennes; quelques filamens celluleux rares traversent seuls cette infiltration demi-concrète. Les points ainsi infiltrés ne sont plus du tout crépitans; lorsqu'on les presse, il en suinte une très-petite quantité de sérosité qui

n'est nullement spumeuse. La matière qui forme cette espèce d'infiltration paraît être la même que celle qui constitue les tubercules au premier degré, c'est-à-dire grise et demi-transparente : elle est seulement à un moindre degré de concrétion. Cette opinion se fonde sur ce que, dans les endroits où cette infiltration a le plus de densité, elle est souvent comme parsemée de petits points de matière tuberculeuse, jaune, opaque et parfaitement reconnaissable. Il est en conséquence à présumer que c'est de cette manière que se forment et l'infiltration tuberculeuse du poumon et l'endurcissement gris qui se trouve si souvent dans le voisinage des cavités ulcéreuses. On observe fréquemment sur le même poumon toutes les annonces du passage de l'infiltration dont il s'agit à l'état d'endurcissement gris, et de ce dernier à l'infiltration tuberculeuse du tissu pulmonaire. »

Nous recommandons la lecture attentive de ce texte précieux à toute personne qui douterait encore de l'analogie de l'inflammation avec l'hydropisie, et de la nature inflammatoire de cette dernière. C'est ici le lieu de faire remarquer que si la fine anatomie pathologique n'est pas très-utile au lit du malade, comme sujet d'indication, elle est de la plus haute importance pour le pathologiste qui veut établir sur des bases certaines l'analogie des produits de l'inflammation, et prouver jusqu'à quel point on a méconnu la fréquence de cet état morbide, désorganisateur au plus haut degré. *Voyez* HYDROPISIE et INFLAMMATION.

La gêne de la respiration, une toux légère, une expectoration presque aqueuse et plus ou moins abondante sont, dit Laënnec, les seuls signes auxquels on puisse soupçonner l'hydropisie du poumon. La percussion n'indique rien, les deux côtés étant ordinairement affectés en même temps; lorsqu'un seul poumon est hydropique, ou l'est plus que l'autre, ce moyen n'est guère plus utile. Si on explore la poitrine à l'aide du cylindre de Laënnec, la respiration s'entend beaucoup moins qu'on ne devrait s'y attendre, à raison des efforts avec lesquels elle se fait, et de la grande dilatation du thorax dont elle est accompagnée. On entend en même temps une légère crépitation, plus analogue au râle qu'au bruit naturel de la respiration; ce RALE *crépitant*, ajoute Laënnec, est moins fort que dans la péripneumonie au premier degré. Il avoue qu'il est fort difficile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre à l'aide du cylindre, et que les symptômes de l'hydropneumonie sont extrêmement équivoques. La complication de l'emphysème avec l'hydropisie du poumon rend très-obscurs, ou tout à fait nuls, les signes de cette dernière, si l'on a reconnu d'abord l'emphysème préexistant, la respiration étant trop faible et

trop peu étendue pour déterminer et faire entendre le râle crépitant, et l'on ne peut être averti de l'hydropisie qui survient. Si, lorsqu'on est appelé près du malade, la complication existe déjà, on pourra reconnaître l'emphysème; mais l'absence du râle crépitant fera encore méconnaître l'hydropisie. Le doute et même l'erreur peuvent se prolonger après la mort du sujet, car les cellules aëriennes pleines de sérosité ayant perdu leur transparence, on ne peut les distinguer assez pour remarquer si quelques-unes d'entr'elles ont acquis plus d'ampleur. Le poumon gorgé de sérosité ne s'affaisse pas lors de l'ouverture de la poitrine; celui-ci est serré dans la cavité qui le renferme, ce qui s'oppose à ce que les cellules, même les plus amples, fassent saillie à sa surface. On peut néanmoins, dans plusieurs cas, distinguer l'hydropisie de l'emphysème du poumon, quand ils coexistent, parce que, d'une part, la première s'étend rarement à tout le poumon, et de l'autre, le second est le plus ordinairement reconnaissable dans quelques points, notamment vers le bord antérieur et les pointes de chaque lobe.

Laënnec indique des moyens ingénieux pour reconnaître après la mort l'emphysème du poumon, quand elle coexiste avec l'hydropisie; ces moyens consistent à lier avec une ficelle les portions de poumon affectées, à les isoler du reste de l'organe, à les faire sécher au soleil ou près d'un poële; à mesure que leur surface se dessèche, les cellules dilatées par l'air deviennent beaucoup plus apparentes. Ce moyen est ingénieux; mais nous ne pouvous nous persuader qu'il soit fidèle, et que les cellules dont les parois ne sont pas toutes desséchées au même degré conservent ou acquièrent les rapports qu'elles avaient entr'elles pendant la vie, sauf la compression exercée sur elles par la sérosité. Laënnec entre dans ces détails, de peur qu'un observateur inattentif venant à méconnaître l'emphysème compliquant l'hydropisie du poumon, ne croye que les signes de cette dernière ne sont ni *sûrs* ni *constans*; mais n'a-t-il pas reconnu lui-même que ces signes sont *extrêmement équivoques*? Par conséquent ses recherches, utiles pour faire reconnaître après la mort l'emphysème qui complique l'hydropisie du poumon, ne sont d'aucune utilité pour faire distinguer celle-ci, qui alors n'est nullement équivoque.

Il n'est pas inutile d'apprendre à ne pas confondre avec l'hydropneumonie, ou infiltration morbide du poumon, une infiltration cadavérique séreuse de cet organe; la faute serait la même que si l'on confondait l'infiltration sanguine cadavérique avec l'hépatisation, ou du moins l'infiltration sanguine morbide du poumon qui constitue le premier degré de la péripneumonie; pour cela *voyez* l'article POUMON. Disons ici que Laënnec est porté à croire que l'infiltration séreuse ou sanguine réputée

posthume précède quelquefois la mort de quelques heures, et explique le râle et l'oppression que l'on observe chez la plupart des mourans, lors même que les organes respiratoires ont été parfaitement intacts pendant le reste de la maladie. Cette conjecture nous paraît très-fondée.

On se demandera enfin si l'*hydropneumonie* ou l'*œdème du poumon* est une maladie particulière qui exige un traitement spécial, ou si ce n'est qu'un des produits variés de l'inflammation du poumon, qu'on doit chercher à prévenir par tous les moyens connus pour être efficaces dans le traitement des phlegmasies, et contre lesquels il ne reste ensuite que l'emploi des dérivatifs quand ils sont définitivement établis? Les progrès ultérieurs de l'observation prouveront probablement que cette dernière proposition est mieux fondée que la première.

HYDROPOTE, adj. et s. m., *hydropota;* qui ne boit que de l'eau.

HYDRORACHIS, s. f., *hydrorachis;* hydropisie du canal rachidien. S'il est assez souvent difficile de décider qu'il y ait hydrocéphale lorsque le crâne ne contient qu'une petite quantité de sérosité, la difficulté est plus grande encore pour le canal vertébral quand on est appelé à décider s'il y a hydrorachis. Il est en effet peu de cadavres dont ce canal ne contienne une certaine quantité de sérosité, et il n'est pas aisé de dire exactement si l'épanchement s'est fait peu ou beaucoup de temps avant ou même après la mort. Lorsque le crâne contient de la sérosité, il est rare que le canal rachidien n'en contienne pas; si les signes de l'hydrocéphale sont équivoques, ceux de l'hydrorachis le sont encore davantage. On conçoit que de la sérosité épanchée, le plus ordinairement en assez petite quantité, dans un tube inflexible, ne donne guère de signes de son existence; la présence de cette sérosité n'est pas sans doute une circonstance indifférente pour l'accomplissement des fonctions de l'organe qu'elle baigne; mais ces mêmes fonctions ne fournissent guère de documens sur la lésion de l'organe dans lequel elles ont lieu; et cela parce qu'on a toujours lieu de se demander si leur trouble provient de la lésion de la moelle rachidienne ou de celle du cerveau. Le seul cas où l'on puisse prononcer, c'est lorsque l'hydropisie fait saillie hors du canal vertébral, à la faveur d'une ouverture congéniale, comme il arrive dans cette variété de l'hydrorachis qui a reçu le nom bizarre de *spina bifida*.

On doit distinguer, dans l'hydrorachis comme dans l'hydrocéphale, celle qui survient avant ou très-peu de temps après la naissance, de celle qui ne se développe que plus tard dans le cours de la vie.

L'hydrorachis congéniale, ou que l'on doit considérer comme

telle quand elle ne se développe que peu de jours après la naissance, se distingue de l'autre en ce qu'elle donne lieu à la formation d'une tumeur sur un des points de l'étendue de la colonne vertébrale, grâce à la scission qui existe toujours en pareil cas entre les pièces osseuses de la partie affectée de cette colonne. Lorsque cette tumeur ne se montre qu'un ou plusieurs jours après la naissance, de deux choses l'une : ou bien on l'a méconnue parce qu'elle était trop peu volumineuse, ou bien la lésion congéniale du canal osseux existait, mais la hernie des méninges rachidiennes n'avait pas encore lieu. Cette hernie ne s'établit quelquefois que fort tard, car Lancisi a vu la tumeur hydrorachidienne ne se manifester chez un enfant hydrocéphalique qu'à la cinquième année, et Apin prétend l'avoir vue se développer chez un sujet âgé de vingt ans, ce qui n'est pas incontestable, quoique le fait ne soit pas absolument impossible.

Une tumeur transparente, tantôt de la couleur de la peau, tantôt rougeâtre, brunâtre, ordinairement lisse, quelquefois raboteuse, molle, fluctuante, d'abord du volume d'une noix, située le plus ordinairement sur les premières vertèbres lombaires ou les dernières vertèbres dorsales, quelquefois au coccyx, à la base du sacrum, à la région cervicale; plus rarement dans une grande portion de la colonne vertébrale; plus rarement encore occupant toute la longueur du rachis, et figurant un long fuseau : tel est le signe univoque de l'hydrorachis appelée *spina bifida*. Camper dit avoir vu deux tumeurs de cette nature occuper deux points différens de la colonne épinière, et communiquer ensemble, à tel point qu'en comprimant l'une on augmentait le volume de l'autre. Il paraîtrait que cette tumeur peut se prononcer dans la cavité de la poitrine ou de l'abdomen par l'écartement ou l'absence du corps des vertèbres. Dans ce dernier cas, le diagnostic est impossible à établir ; dans tous les autres, rien n'est plus facile que de reconnaître l'hydrorachis congéniale. Cependant il arrive que, dans les premiers jours, au lieu d'une tumeur, ce n'est qu'une tache livide ou rugueuse qui s'ulcère progressivement, et acquiert la configuration qui ne permet plus de méconnaître la nature du mal. Ces tumeurs sont indolentes lorsqu'elles sont peu considérables ; mais quand elles sont très-volumineuses, le moindre attouchement exercé sur elles détermine des cris de la part de l'enfant. Le volume des tumeurs de cette nature est quelquefois très-considérable; on les a vues égaler en grosseur le poing, une orange, et même le corps d'une bouteille ; alors elles sont luisantes, très-transparentes; leurs parois très-amincies sont près de se rompre, se rompent en effet, ou bien s'enflamment et tombent en gangrène; elles se rident, et la mort en est le résultat.

Les cris que provoque la compression des tumeurs hydrorachidiennes ne sont pas les seuls effets de cet attouchement; en appuyant un peu fortement, on diminue le volume de la tumeur; alors surviennent l'assoupissement et l'écartement, ainsi que l'élévation des sutures du crâne, qui démontrent clairement l'afflux du liquide vers l'encéphale.

Il ne faut pas perdre de vue que la tumeur dont il s'agit n'étant pas toujours transparente et rougeâtre, le signe pathognomonique qui la caractérise irrévocablement, c'est que l'on distingue, sinon avec la vue seulement, du moins à l'aide du toucher, deux saillies résistantes sur ses côtés quand elle n'est pas encore très-volumineuse; ces saillies sont formées par les bords du canal, qui se trouve converti en gouttière par l'absence des apophyses épineuses. On a insisté avec raison sur la nécessité de s'assurer par tous les moyens convenables que la tumeur soupçonnée hydrorachidienne communique avec l'intérieur du rachis, puisque sans cela on est exposé à prendre pour telles des tumeurs de toute autre nature, et à s'imaginer ensuite qu'on est parvenu à guérir l'hydrocéphale congéniale. Itard fait remarquer avec raison que le seul fait qui tende à faire admettre la curabilité de cette hydropisie est celui qu'a rapporté Lancisi : en effet, le sujet qu'il eut le bonheur de guérir avait non-seulement une tumeur hydrorachidienne située derrière le sacrum, mais encore une hydrocéphale, et lorsqu'on comprimait sa tête, il sortait de la sérosité pâle par la tumeur dont nous venons de parler.

Outre cette tumeur, les enfans affectés d'hydrorachis ont ordinairement des convulsions, de l'assoupissement, et surtout les extrémités inférieures paralysées, quelquefois incomplétement développées et contournées par suite d'une conformation vicieuse congéniale. Le plus ordinairement l'hydrorachis est accompagnée d'hydrocéphale, ou plutôt elle accompagne l'hydropisie encéphalique.

L'ouverture des cadavres démontrant l'état de phlogose et d'engorgement des méninges rachidiennes dans l'hydrorachis, Itard n'hésite pas à reconnaître que l'inflammation produit cette hydropisie; malheureusement il ajoute, par une fâcheuse concession aux idées du temps, que l'exaltation ou l'affaiblissement des propriétés vitales de ces méninges en est la cause prochaine. Il est des cas cependant, dit-il, où la cause de l'épanchement est étrangère à l'épine, et dépend entièrement de la lésion de l'encéphale et de ses membranes; quoiqu'il avance que cette différence soit aussi impossible qu'inutile à faire pendant la vie, cette proposition nous paraît hasardée; ne faut-il pas, en effet, qu'il y ait arrêt de développement, préscission dans la colonne vertébrale, pour que l'hydrorachis congéniale

ait lieu; or est-ce l'épanchement dans le cerveau qui produit cette lésion? Peut-être aurait-il valu mieux dire que, dans certains cas, l'existence de la tumeur supposée dès les premiers efforts de développement n'est pas, à proprement parler, une hydropisie; mais ce point de doctrine est encore plus obscur pour le rachis que pour le crâne.

La vie des enfans hydrorachitiques est de très-courte durée; elle ne se prolonge guère au-delà de quelques jours, ou tout au plus de quelques mois; tout ce qu'on a dit de ceux qui sont parvenus à un âge avancé est fort peu assuré. Camper prétend avoir vu un sujet âgé de vingt-huit ans qui était affecté de cette maladie; faut-il croire que cet homme célèbre s'est trompé?

A l'ouverture du cadavre, on trouve qu'une ou plusieurs apophyses épineuses manquent complétement, c'est-à-dire que leur base même n'existe pas; quelquefois il manque encore plusieurs vertèbres en totalité; d'autres fois elles ne sont qu'écartées l'une de l'autre, de manière à laisser entr'elles une ouverture dorsale ou abdominale; d'autres fois enfin on n'a trouvé d'intact que le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, toutes leurs autres parties n'existant pas. Cette absence d'une partie ou de la totalité des vertèbres dans l'hydrorachis est quelquefois le résultat de la carie; mais le plus souvent il ne dépend que de la suspension de l'ossification dans quelques points de la colonne vertébrale.

Considérée de dehors en dedans, la tumeur hydrorachidienne, quelquefois pédiculée, est formée d'abord par la peau plus ou moins amincie, puis par les méninges de la moelle épinière, distendues, refoulées en dehors et adhérant souvent d'une manière très-intime aux tégumens; la méningine est rouge, épaissie, parsemée de vaisseaux sanguins très-apparens. Quelquefois la tumeur se compose d'un kyste particulier non formé par les méninges de la moelle épinière, qui ne sont point distendues, mais communiquant avec elle. Il est aisé de voir que les recherches anatomiques qu'on a faites jusqu'ici sur l'hydrorachis manquent de précision, et que probablement on a confondu avec cette maladie d'autres lésions qui n'ont avec elle d'analogie qu'en ce qu'elles finissent par établir une communication entre la tumeur qu'elles forment et l'intérieur du canal vertébral.

L'état de la moelle épinière a été étudié avec assez de soin pour qu'on puisse en conclure en faveur de la nature inflammatoire de l'hydrorachis congéniale. Cette moelle est tantôt ramollie, comme dilacérée, tantôt réduite en une espèce de ruban collé aux parois de la tumeur, qui contient éparses les origines des nerfs, tantôt détruite entièrement dans toute sa portion correspondante à la tumeur, tantôt enfin détruite,

dit-on, en totalité, ce dont il est permis de douter depuis qu'on sait combien sont importantes les fonctions du prolongement rachidien pour le maintien de la vie. A moins que, comme le pense Itard, cette destruction ne soit qu'apparente, la moelle étant convertie en un tuyau membraneux tapissant les méninges rachidiennes; comment autrement expliquer que l'enfant ait conservé jusqu'à la mort le mouvement des pieds, dans des cas semblables. L'épanchement peut alors avoir lieu dans l'intérieur de la moelle épinière creusée en pareil cas d'un canal plus ou moins ample, et communiquant avec le quatrième ventricule, ainsi que divers auteurs l'ont observé, non-seulement chez des enfans, mais encore chez des adultes.

Le liquide contenu dans le rachis est ordinairement aqueux, peu chargé d'albumine, comme celui de l'hydrocéphale; quelquefois il est floconneux, noirâtre; il devient tel promptement, quand on pratique l'ouverture de la tumeur. Sa quantité varie en raison du volume de celle-ci, et de la moelle épinière.

Les causes de l'hydrorachis congéniale sont inconnues, comme celles de toutes les maladies qui précèdent la naissance; les signes qui la caractérisent ne l'annoncent que lorsqu'ils sont fort intenses, parce que l'âge des malades ne permet pas de recevoir d'eux aucun renseignement; le pronostic est toujours des plus fâcheux; le traitement se réduit à couvrir la tumeur d'un appareil construit de telle sorte, qu'elle y soit placée, soutenue, non comprimée, et préservée de toute pression, de toute percussion, afin de ralentir l'instant fatal, qu'il serait criminel de ne pas retarder autant que possible. Il s'est trouvé des hommes assez téméraires pour pratiquer la ponction des tumeurs hydrorachidiennes: une mort plus prompte des sujets qui les portaient en a été constamment le résultat.

Quand l'hydrocéphale s'établit accidentellement chez un sujet, il est probable qu'il existe toujours un certain degré d'hydrorachis, non pas précisément parce que la sérosité coulerait mécaniquement du cerveau dans la moelle épinière, ou plutôt du crâne dans le canal vertébral, mais parce que l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale se communique aisément à l'arachnoïde spinale, ou plutôt doit s'établir souvent en même temps dans les deux portions de cette même membrane. Morgagni a vu une très-grande quantité de sérosité sortir du canal vertébral du cadavre d'une vieille femme morte hémiplégique, à la suite d'une ancienne apoplexie. N'y-a-t-il point d'apoplexie rachidienne? Itard rapporte qu'en traitant, par les frictions de glace, un enfant atteint d'une hydrocéphale aiguë, il vit l'assoupissement et le mal de tête disparaître subitement, et être remplacés par une paralysie complète des

extrémités inférieures. Etait-ce, en effet, un signe du passage de la sérosité cérébrale dans le canal rachidien?

Lorsque la spinite, ou inflammation de l'arachnoïde spinale, se complique de la paralysie des extrémités inférieures, on est très-porté à croire qu'un épanchement s'est opéré dans le canal rachidien; cependant cette paralysie peut dépendre d'une lésion de l'encéphale, et il arrive que l'épanchement se fait sans paralysie.

L'hydrocéphale partielle donnant lieu à la formation d'une tumeur transparente à la région occipitale, est absolument analogue à l'hydrorachis avec tumeur lombaire dorsale, sacrale ou cervicale; nous aurions voulu en retracer l'histoire comparative et complète, mais nous nous voyons forcés d'appeler seulement l'attention des anatomistes et des médecins chargés de service dans les hôpitaux d'enfans, à établir ce parallèle, qui nous paraît devoir conduire à d'importans résultats.

C'est surtout vers l'étude de pareilles maladies que l'attention doit se tourner aujourd'hui; aussi long-temps que l'histoire de l'arachnoïdite et celle de la névrilemmite ne sera pas complète, la pathologie présentera une vaste lacune, et par conséquent une source féconde d'erreurs théoriques et pratiques.

hydrorachis (art vétérinaire). L'hydropisie du canal rachidien est encore plus rare et moins connue, dans les animaux, que l'hydropisie du cerveau, dont elle est d'ailleurs une dépendance, et la similitude de rapports qui existe entre l'une et l'autre affections abrégera beaucoup ce que nous devons apprendre de l'hydrorachis. Elle affecte, comme l'autre et avec l'autre, particulièrement le fœtus, quoique le jeune sujet puisse en être atteint quelque temps après la naissance, ainsi que nous avons eu occasion de l'observer une fois sur un poulain de trois mois privé de sa mère dès le moment où il fut né. Des circonstances inutiles à rappeler ayant obligé de changer plusieurs fois la vache qu'on lui donnait pour nourrice, ce petit animal est devenu tout à coup entièrement difforme, il a refusé de boire, est resté couché sans pouvoir se soutenir debout lui-même; bientôt les extrémités postérieures se sont paralysées, et il est survenu des convulsions suivies d'un état d'assoupissement dans lequel la vie s'est éteinte le dixième jour. Le canal vertébral ouvert a montré peu de sérosité épanchée, mais nous avons remarqué la membrane médullaire épaissie dans presque toute sa moitié inférieure, et parsemée de vaisseaux sanguins très-distendus, qui lui donnaient une couleur rouge. La moelle épinière n'a point offert d'altération notable; mais, à l'inspection du cerveau, on a trouvé un léger épanchement séreux dans les ventricules. Nous nous abstenons

de toute réflexion sur ce fait extraordinaire, que nous n'avons pu suivre aussi exactement que nous l'eussions désiré, et qu'il eût été utile de le faire dans l'intérêt de la science.

Toggia a observé l'hydrorachis sur les agneaux dans le département des Vosges et dans celui du Mont-Tonnerre, Leblanc, dans celui des Deux-Sèvres.

On voit, dit Toggia, les agneaux sains et robustes en apparence, montrer, du dixième au trentième jour de leur naissance, une faiblesse extrême, et se mouvoir lentement, quoique paraissant gais et vifs : les membres antérieurs ne peuvent plus supporter le corps; quelquefois aussi cette faiblesse existe presqu'en même temps dans les membres postérieurs, de sorte que l'agneau s'appuie sur les genoux ou le derrière. Cependant il tette avec appétit, si on l'approche de sa mère, qu'il continue à reconnaître. Ces symptômes s'aggravent vers le neuvième jour. Alors l'animal devient triste, tient le dos courbé, laisse tomber sa tête, bêle d'une voix languissante; ses yeux sont remplis de chassie, roulans, et ont de petits mouvemens convulsifs. Une fois à ce degré, la maladie fait des progrès encore plus rapides; la diarrhée survient, les urines s'échappent involontairement, et le malade succombe en peu de temps.

A l'autopsie, Toggia a observé : dans quelques sujets, la substance corticale du cerveau comme macérée par une petite quantité d'eau qui s'était amassée entre elle et la méninge; toujours beaucoup de sérosité jaunâtre, verdâtre, quelquefois un peu rouge, dans les ventricules du cerveau; quelques petites hydatides éparses sur la méningine, là où elle recouvre les ventricules latéraux; les enveloppes du prolongement rachidien dépourvues de graisse, et distendues, surtout aux vertèbres cervicales et aux dorsales; une grande quantité de sérosité, semblable à celle des ventricules, dans le sac médullaire; la moelle épinière flasque et molle.

De ces lésions pathologiques Toggia conclut que les symptômes viennent d'une compression mécanique exercée sur la moelle épinière et le cerveau, et que l'hydrorachis se termine par une apoplexie dont on a cherché maladroitement le siége dans les articulations des membres et dans les viscères du thorax et de l'abdomen; car, ajoute-t-il, la faiblesse des extrémités ne vient que de la lésion des nerfs qui tirent leur origine de la moelle épinière.

Les bergers du pays attribuent cette maladie au lait, qu'ils accusent d'être épais, indigeste, et capable de causer les symptômes nerveux, la faiblesse et l'amaigrissement. D'autres pensent que le lait est trop aqueux, peu nourrissant, d'autant plus que les agneaux attaqués sont surtout ceux qui naissent dans un printemps pluvieux. Quelqu'un avance qu'elle vient de ce

qu'on nourrit les brebis avec des pommes de terre. Mais Toggia a vu des agneaux attaqués, en grand nombre, dans des troupeaux où les mères étaient nourries tout autrement, et il pense qu'elle est congéniale, et qu'on ne peut en définir les causes.

Quoi qu'il en soit, la terminaison en est presque toujours funeste. Les bergers ont fait des tentatives infructueuses pour la guérison. Cependant, après avoir connu la nature de la maladie, Toggia a employé une méthode qui paraît avoir procuré des avantages assez considérables.

Dans le commencement, il recommande les bains corroborans le long du dos, ainsi que l'usage interne de quelques décoctions de feuilles de camomille, de millepertuis, d'écorce du Pérou, ou seulement d'écorce de chêne ou de maronnier. On peut d'abord faire des frictions douces le long de l'épine. Il résulte un bon effet d'un bouton de feu, d'un vésicatoire, ou d'un séton à la nuque, lorsque les yeux sont roulans, et que la tête se soutient avec difficulté. La cure ne pouvant s'opérer sans que, naturellement ou artificiellement, le fluide épanché ait une issue, le professeur italien conseille de pénétrer assez profondément avec un bouton de feu dans le canal vertébral de la queue, ce qui, dit-il, procure quelquefois l'évacuation d'une grande quantité d'eau. Il conseille en outre d'appliquer des boutons de feu à l'un et à l'autre côtés du rachis, et d'administrer en même temps le sulfure ou protosulfure de mercure, l'oxide brun de fer ou sous-protocarbonate de fer (safran de mars), et l'éther sulfurique, à la dose de quelques grains ou de quelques gouttes. Nous laissons aux praticiens vétérinaires à apprécier la méthode thérapeutique de Toggia.

HYDRO-SARCOCÈLE, s. f., *hydrosarcocele;* tumeur formée par la réunion de l'hydrocèle avec l'engorgement squirreux du testicule. Presque toujours l'irritation chronique de cet organe a précédé l'accumulation de la sérosité dans la tunique vaginale, et la maladie devrait porter le nom de *sarco-hydrocèle.* Quoi qu'il en soit, elle présente les signes réunis des deux affections dont elle se compose. Si, avant l'opération, la lésion du testicule ne paraît pas démontrée, il faut pratiquer d'abord la ponction de l'hydrocèle comme à l'ordinaire, et se tenir prêt à opérer la castration, si le cas l'exige; dans le cas contraire, la tunique vaginale étant probablement incisée, on examinera le testicule, et on jugera s'il est nécessaire de l'extirper. Un engorgement léger, indolent, non accompagné de grandes duretés ou de bosselures à cet organe, n'est pas une lésion suffisante pour autoriser la castration. Desault, Boyer et un grand nombre de praticiens, ont vu le testicule, quoique volumineux, mais non profondément altéré dans son tissu, revenir à son état normal après l'opéra-

tion de l'HYDROCÈLE. Dans les cas douteux, on peut toujours temporiser : il sera temps de recourir à une opération plus grave, lorsque l'existence du SARCOCÈLE sera bien démontrée.

HYDROSÉLÉNIATE, s. m., *hydroselenias*; sel formé par la combinaison de l'acide hydrosélénique avec une base salifiable. On connaît encore peu l'histoire de ces composés.

HYDROSÉLÉNIQUE, adj., *hydroselenicus*; nom d'un acide composé d'hydrogène et de sélénium. C'est un gaz sans couleur, qui rougit les couleurs bleues végétales. Son odeur ressemble d'abord à celle du gaz acide hydrosulfurique, mais bientôt il cause une sensation à la fois piquante, astringente et douloureuse : les yeux deviennent presque sur-le-champ rouges et enflammés, et l'odorat disparaît entièrement, ce qui annonce une action irritante des plus violentes. Une très-petite quantité de gaz suffit pour produire cet effet. Introduit dans les bronches, il détermine une toux sèche et fatigante, accompagnée d'une expectoration qui laisse dans la bouche une saveur analogue à celle des vapeurs d'une solution bouillante de deutochlorure de mercure. L'eau le dissout, et prend une saveur hépatique. Il n'a point d'usages.

HYDROSULFATE, s. m., *hydrosulfas*; nom générique sous lequel on désigne les sels formés par la combinaison de l'acide hydrosulfurique avec les bases salifiables. Plusieurs de ces composés sont utiles à la médecine.

HYDROSULFATE D'AMMONIAQUE, *hydrosulfas ammonii*; nommé naguère encore *hydrosulfure d'ammoniaque*. Sel cristallisable en aiguilles, ou en belles lames blanches et transparentes. Il est très-volatil et très-soluble dans l'eau. C'est un produit de l'art, qu'on emploie comme réactif.

HYDROSULFATE (SOUS-) D'ANTIMOINE, *sub-hydrosulfas antimonii*; anciennement appelé *kermès minéral*; substance solide, veloutée, légère et d'un brun pourpre foncé, insoluble dans l'eau et décomposable par son exposition à l'air, qui le décolore et le convertit en sous-hydrosulfate sulfuré.

On prépare le kermès en faisant bouillir pendant une demi-heure, dans une chaudière de fer, une partie de sulfure d'antimoine pulvérisé, vingt-deux parties et demie de sous-carbonate de soude cristallisé, et deux cent cinquante parties d'eau, filtrant ensuite la liqueur, la recevant dans des terrines chaudes, et la laissant se refroidir peu à peu. Au bout de vingt-quatre heures, on recueille le kermès sur un filtre, on le lave avec de l'eau bouillie et refroidie sans le contact de l'air, on le fait sécher à une température de vingt-cinq degrés, et on le conserve dans des vases soigneusement fermés.

Le kermès, mis en vogue au commencement du siècle dernier, jouit depuis cette époque d'une grande réputation; mais

on doit convenir que l'empirisme fut la principale source de l'importance qu'il acquit dans l'opinion des médecins, et que nous sommes fort éloignés encore d'avoir des données suffisantes pour tracer son histoire thérapeutique de manière qu'elle ne laisse plus rien à désirer.

Lorsqu'on l'introduit, à la dose de quatre à six grains, dans les voies digestives, il provoque tantôt le vomissement, et tantôt des déjections alvines. Son action sur l'économie vivante est donc essentiellement irritante. La stimulation qu'il exerce sur les tuniques de l'estomac et de l'intestin explique comment on peut parvenir, par son emploi, à faciliter l'expectoration dans les inflammations de la membrane muqueuse des bronches. Agissant comme dérivatif, il transporte sur les voies gastro-intestinales une partie de l'irritation fixée sur les poumons, et fait tomber assez celle-ci pour que la membrane muqueuse reprenne ses fonctions suspendues, ou les exécute avec plus d'activité. Mais il ne pourrait que nuire dans les affections pulmonaires aiguës, lorsqu'il y a de la chaleur dans la poitrine, et que la fièvre existe, ou paraît sur le point de se développer. On doit donc, lorsqu'on veut y recourir, prendre en considération le caractère et la période de la maladie, ainsi que la constitution particulière des malades, c'est-à-dire qu'il exige les mêmes précautions que tous les autres dérivatifs. Cette règle s'applique de même aux cas de maladies cutanées et de rhumatismes chroniques, dans lesquels on l'a également préconisé comme un remède puissant.

On doit donner le kermès à doses assez faibles et assez éloignées pour qu'il ne produise qu'un effet modéré sur la muqueuse des voies alimentaires, et qu'il ne suscite ni nausées, ni évacuations par le bas. Jamais il ne faut l'employer ni comme vomitif, ni comme purgatif, parce que son action est moins certaine, moins fidèle que celle des autres substances auxquelles on a communément recours pour remplir ces deux indications, qui se présentent d'ailleurs si rarement. On le donne, mêlé avec du sucre et délayé dans de l'eau ou du vin. On l'administre aussi dans du sirop, qu'on donne par cuillerées jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet qu'on désire. Enfin on le fait entrer à la dose d'un ou deux grains dans un looch blanc, ou dans une potion huileuse, que le malade prend d'heure en heure par cuillerées. Il faut, en général, s'abstenir de le donner sous forme solide, par exemple en bols ou en pastilles, parce que, de cette manière, son action est moins sûre, attendu qu'il a besoin d'être délayé par les fluides gastriques.

HYDROSULFATE SULFURÉ, adj., *hydrosulfas sulfureus*. On donne ce nom, ou celui de *sulfures hydrogénés*, aux

hydrosulfates qui contiennent du soufre en dissolution. Tous ces composés sont d'un jaune foncé ou verdâtre. Il ont une saveur âcre et amère, quand ils sont solubles dans l'eau, et exhalent alors, à l'état liquide, une légère odeur d'œufs pourris.

HYDROSULFATE SULFURÉ D'AMMONIAQUE, *hydrosulfas sulfureus ammonii*; liquide d'un brun rougeâtre, d'une consistance sirupeuse, d'une saveur et d'une odeur désagréables, qu'on appelait autrefois *liqueur fumante de Libavius*, parce qu'il répand d'épaisses vapeurs blanches quand on le met en contact avec l'air.

HYDROSULFATE (SOUS-) SULFURÉ D'ANTIMOINE, *sub-hydrosulfas sulfureus antimonii*; substance solide, d'un jaune orangé et insoluble dans l'eau, que les anciens désignaient sous le nom de *soufre doré d'antimoine*. On l'obtient en versant, dans les eaux mères du kermès, un petit excès d'acide sulfurique, nitrique ou hydrochlorique affaibli : à l'instant même le soufre doré se précipite.

Cette substance agit de la même manière que le kermès sur les organes vivans, c'est-à-dire qu'elle les stimule et les irrite aussi : à la dose de cinq ou six grains, elle détermine soit des vomissemens, soit des selles ; à plus forte dose elle développerait, comme le kermès, une inflammation dangereuse et même mortelle. On ne l'emploie jamais ni comme vomitif ni comme purgatif, et on ne la donne qu'à titre d'*altérant*, c'est-à-dire de dérivatif, dans les rhumatismes, les exanthèmes, les scrofules. Son histoire thérapeutique appartient encore moins à la médecine rationnelle qu'à l'empirisme et même au charlatanisme. Du reste elle a trouvé, on ne sait trop pourquoi, moins de crédit que le kermès, et peu de praticiens s'en servent aujourd'hui.

HYDROSULFURIQUE, adj., *hydrosulfuricus*; nom donné à un acide gazeux, sans couleur, d'une odeur et d'une saveur analogues à celles des œufs pourris, qui rougit faiblement les couleurs bleues végétales, et qui est composé, en poids, de 100 de soufre et de 6,13 d'hydrogène. L'eau à onze degrés, et sous la pression de soixante-seize centimètres, en dissout près de trois fois son volume. Il éteint les corps enflammés, quoique lui-même s'enflamme à l'approche d'un corps en ignition, et brûle en déposant du soufre. On le regarde comme un des plus délétères parmi tous les gaz. Introduit dans les poumons, même quand il est mêlé avec cinq ou six cents fois son volume d'air atmosphérique, il détermine instantanément la mort.

On le rencontre en petite quantité dans les eaux minérales sulfureuses. Il se développe à la suite des indigestions. Il prend naissance partout où du soufre très-divisé se trouve en contact avec du gaz hydrogène à l'état naissant. Aussi existe-t-il dans

les œufs pourris, dans la vase des marais, dans les déjections animales. C'est une des causes les plus fréquentes de l'asphyxie à laquelle sont exposés les vidangeurs, et qu'on désigne sous le nom de *plomb*.

Les chimistes emploient cet acide comme réactif. Ils s'en servent surtout pour reconnaître la présence des oxides métalliques et les séparer les uns des autres.

Nous exposerons à l'article PLOMB les caractères et le traitement de l'empoisonnement causé par ce gaz.

HYDROTHORAX, s. m., *hydrothorax;* hydropisie de la plèvre. Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit avant Corvisart, pour y chercher les signes pathognomoniques de l'épanchement séreux dans la cavité de la poitrine, on demeure frappé de l'incertitude où ils se sont trouvés quand ils n'ont pas voulu se borner à indiquer comme tels des symptômes communs à cette hydropisie et à une foule d'autres affections de la plèvre, du poumon, du péricarde, du cœur et des gros vaisseaux. Cependant, qu'y a-t-il de moins rare que de trouver de l'eau dans la plèvre des cadavres que l'on a chaque jour occasion de disséquer? Morgagni n'a fait que démontrer l'incertitude des signes prétendus univoques de l'hydrothorax. Corvisart s'est surtout attaché à faire distinguer celle-ci des affections organiques du cœur et des gros vaisseaux avec lesquelles on la confondait trop souvent.

Dans l'hydrothorax *essentiel*, *confirmé*, *non compliqué*, dit Corvisart, la figure est pâle, fatiguée, amaigrie sans bouffissure; les yeux sont ternes et languissans, les lèvres pâles et comme amincies. La poitrine est ordinairement plus bombée, plus arrondie du côté de l'épanchement; sur la fin de la maladie, les espaces intercostaux sont constamment élargis, par l'écartement des côtes; les tégumens de la poitrine, du côté malade, sont, sur la fin surtout, œdémateux, infiltrés, et cette infiltration, réunie, dans un petit nombre de cas, à celle du bras du même côté, est isolée de celle des extrémités inférieures et de la diathèse séreuse générale. La percussion de la la poitrine, pratiquée en faisant mettre le malade sur son séant ou dans une position horizontale, donne toujours pour résultat un bruit semblable à celui que fait entendre la cuisse quand on la frappe du plat de la main, et ce défaut de résonnance s'observe sur le seul côté malade de la poitrine; quand la cavité n'est qu'en partie remplie, l'absence du son ne s'observe, le malade étant sur son séant, que jusqu'au niveau du liquide épanché. Les malades se couchent toujours horizontalement, tantôt sur le côté de l'épanchement, quelques-uns sur le côté sain, le plus grand nombre sur le dos; il n'y a rien de constant à cet égard. La respiration, quoique courte et gênée,

se fait cependant avec assez de tranquillité ; la toux est peu considérable, sèche ou sans expectoration abondante, ni remarquable par aucun caractère particulier ; il n'y a jamais de réveils en sursaut. On sent à la région du cœur des battemens mous, faibles, tranquilles, réguliers, quelquefois lents ou un peu fréquens ; il n'y a jamais de palpitations. Le pouls est le plus souvent plein, un peu mou, lent, tranquille et régulier, plus faible et plus fréquent à mesure que la maladie avance, mais toujours remarquable par sa régularité. Les urines sont presque toujours naturelles. La maladie marche lentement, régulièrement, sans alternatives ni fréquentes, ni marquées de bien ni de mal ; les symptômes sont toujours les mêmes ; le malade arrive à sa fin paisiblement, comme par degrés, sans agitation, sans anxiété, sans angoisses très-considérables ; il jouit jusqu'à sa mort de tous ses sens, de toutes ses facultés intellectuelles. Après la mort, on trouve la figure amaigrie, décolorée ; la poitrine plus arrondie du côté de l'épanchement ; les tégumens du même côté infiltrés ; l'abdomen presque toujours exempt d'épanchement ; les extrémités maigres sans infiltration ; une quantité toujours considérable de sérosité est accumulée dans l'une ou l'autre cavité de la poitrine, quelquefois même cette cavité est exactement remplie ; le poumon est affaissé, refoulé en proportion du liquide épanché, peu ou point crépitant, pâle et comme macéré ; le cœur est plutôt amaigri qu'augmenté de volume, vide et sans lésions intérieures.

Nous nous sommes bien gardés d'affaiblir ce tableau tracé, à la manière d'Arétée, par un grand maître qui a rendu un éminent service à la science du diagnostic, en retranchant des symptômes qui accompagnent si souvent l'hydrothorax, ceux qui appartiennent aux lésions du cœur et des gros vaisseaux. J'appelle signes insignifians, quand ils sont seuls, dit-il, la dyspnée et la pâleur du visage, qui se retrouvent dans bien d'autres maladies de la poitrine, et l'œdème, qui est fort rare dans l'hydrothorax. Je regarde comme faux, ajoute-t-il, les réveils en sursaut, les palpitations, l'irrégularité, l'intermittence du pouls, même dans une période avancée, le coucher *obligé* sur le côté affecté, symptôme non constant, si ce n'est peut-être sur la fin de la maladie. Le bombement de la poitrine d'un seul côté, l'élargissement des espaces intercostaux, l'œdème des tégumens de ce côté du thorax, le son mat de la poitrine, tel qu'il l'indique pour cette hydropisie sont donc les seuls signes pathognomoniques de l'hydrothorax selon cet habile observateur.

On ne saurait trop admirer le talent de Corvisart : malheureusement il n'a décrit que l'hydrothorax qu'il appelle *confirmé*, c'est-à-dire celui qui est parvenu au plus haut degré

d'intensité; dans sa description, on voit revenir souvent les mots *sur la fin de la maladie.* Et n'est-ce pas au contraire dans les premiers temps des maladies qu'il importe d'être éclairé sur leur nature?

Corvisart n'a nullement connu la nature de l'hydropisie de la plèvre; cet observateur plein d'une rare sagacité, s'est seulement posé le problème suivant : à quels signes peut-on reconnaître qu'il y a de la sérosité dans la poitrine? et il l'a résolu autant qu'il était en lui. Ce qui prouve qu'il n'avait aucune idée de la nature de cet état morbide, ou plutôt qu'il ne s'est nullement occupé de déterminer le travail organique qui le produit, c'est qu'il assigne pour causes à l'hydrothorax *essentiel*, *primitif*, *sans complication*, la transpiration supprimée, les humeurs répercutées, les boissons à la glace lorsque le corps est en sueur, les saignées très-répétées et *surtout les inflammations des parties voisines de la plèvre;* à l'hydrothorax *consécutif*, les lésions du cœur le plus souvent; pour causes prochaines à l'une et à l'autre, la rupture de l'équilibre, qui doit naturellement exister entre l'exhalation et l'absorption à la surface de la plèvre; pour causes intermédiaires à l'hydrothorax consécutif des maladies du cœur, l'éversion des lois de la circulation générale provenant de l'engorgement des gros vaisseaux, et la dégénérescence séreuse du sang provenant du défaut de l'intervention simultanée de la circulation et de la respiration. Mais si Corvisart s'est égaré sur les pas de Boerhaave dans des théories si peu motivées, il a eu la bonne foi de reconnaître que la science ne lui paraissait pas assez avancée pour expliquer les faits d'une manière satisfaisante. Et se résumant en véritable praticien, on peut avancer, dit-il, que sur un individu donné, de l'hydrothorax en général, les signes étant reconnus, c'est seulement par des signes négatifs, par l'absence de tous les signes propres aux maladies du cœur, qu'on peut déterminer si l'hydrothorax est véritablement *essentiel;* si un seul ou plusieurs de ces signes existent, on peut assurer, sans crainte d'erreur, que l'épanchement n'est que consécutif.

Ce passage est des plus importans; on ne saurait trop le méditer. Que le praticien qui découvrira chez un malade les preuves de l'existence d'un liquide dans la poitrine, s'attache donc de suite à rechercher si cet épanchement est primitif. Jusqu'ici Corvisart est le fidèle interprète de la nature, mais lorsqu'il décide que l'absence de tout signe de maladie du cœur, c'est-à-dire, du péricarde ou des gros vaisseaux, démontre que l'hydrothorax est essentiel, il se trompe. Il se trompe d'abord, parce que de son aveu, l'hydrothorax consé-

cutif peut dépendre d'une autre maladie que celles du cœur; ensuite, parce qu'un hydrothorax provenant de l'*inflammation des parties voisines de la plèvre* ne peut être considéré comme primitif; enfin parce qu'il semble avoir oublié que l'inflammation de la plèvre elle-même est la maladie dont les traces non équivoques accompagnent le plus ordinairement les épanchemens séreux et autres dans la poitrine. Il ne suffit donc pas de l'absence des signes qui dénotent les maladies du cœur pour que l'hydrothorax soit déclaré primitif, il faut encore qu'il n'y ait aucun signe de pleurésie aiguë ou chronique. Or, existe-t-il des hydrothorax exempts de toute lésion des organes voisins de la plèvre et de la plèvre elle-même? Nous n'en voyons pas d'autres qui soient tels, au moins en apparence, que l'hydrothorax qui se joint à l'ascite dans les derniers temps de la maladie, c'est-à-dire à une époque de la vie très-peu connue, où il est fort difficile de dire jusqu'à quel point l'action physique est surmontée, ou surmonte l'action vitale. Jusqu'à ce qu'on en sache davantage, il faudra nécessairement admettre que l'hydrothorax est encore dans ce cas le résultat d'un surcroît de mouvement organique dans le tissu qui exhale plus qu'il ne devrait le faire. Qui ne sait qu'à l'instant même de la mort, c'est-à-dire à l'instant où, d'après les théories browniennes introduites dans la pathogénie, les épanchemens devraient s'établir de toutes parts dans l'intérieur des cavités et des organes, ceux qui existent diminuent considérablement. Plusieurs jours après la mort, nous le savons, ils augmentent; mais qu'a de commun cette filtration des liquides dans un cadavre, avec l'exhalation qui se fait pendant la vie sur une membrane qui doit être comptée au nombre des *ultimùm morientes* de l'organisme?

Est-ce aujourd'hui qu'il est nécessaire de démontrer que le résultat de la transpiration supprimée est l'afflux du sang vers la plèvre; que les irritations qui cessent à la peau sont suppléées par d'autres qui se développent sur les membranes séreuses ou muqueuses; que les boissons à la glace, puisqu'elles ne procurent des pleurésies qu'en redoublant l'action nutritive dans la plèvre, ne peuvent produire l'hydrothorax que par un effet analogue? Qui ne sait aujourd'hui que la pleurésie aiguë donne lieu à un épanchement séro-floconneux? L'hydrothorax n'est donc que l'effet d'une irritation primitive ou secondaire de la plèvre : si cette irritation ne parvient pas toujours au degré qui, sous le nom d'inflammation, constitue une maladie *sui generis* selon les pathologistes, elle n'est jamais asthénique, et c'est-là ce qu'il importe surtout d'établir afin que le traitement prophylactique de l'hydrothorax soit appliqué avec plus d'énergie, de méthode, et par conséquent de succès. Il

importe peu de se tromper sur la nature d'une maladie légère qui guérit, souvent malgré un traitement peu rationnel; mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'une altération contre laquelle l'art ne peut rien quand elle est confirmée et ancienne, tandis qu'il peut la prévenir et même la guérir, quand elle n'existe pas, ou quand elle est très-récente.

Broussais a déterminé avec beaucoup de sagacité l'incertitude où l'on peut être sur l'existence de l'hydrothorax, malgré l'utilité de la percussion. Le défaut de son atteste seulement, dit-il, qu'il existe derrière le lieu percuté autre chose qu'un poumon rempli d'air. Qui pourra ensuite nous apprendre que le corps qui empêche la sonoréité est plutôt un liquide que le parenchyme devenu imperméable à l'air, ou toute autre substance solide et compacte? Ce sera, ajoute-il, le souvenir de ce qui s'est passé et le rapprochement des signes qui frappent encore nos sens. Il donne comme moyen de sortir d'embarras l'absence de tous les signes qui indiquent une phlegmasie aiguë ou chronique du parenchyme pulmonaire, et l'existence passée ou présente de signes de pleurésie ancienne ou récente. Mais lorsque l'épanchement a lieu dans la partie postérieure et inférieure de la poitrine, la percussion ne peut le faire connaître, car le lobe du poumon étant appliqué derrière la paroi antérieure du thorax, on obtient un son clair, et si on percute la paroi postérieure, le son n'est mat que quand la collection est considérable; alors le son est mat dans toute la région dorsale. Si l'épanchement est peu considérable, le son un peu obtus de la base de la poitrine en arrière est attribué au voisinage de l'abdomen, à l'épaisseur des tégumens souvent œdémateux. Dans le cas de pleurésie double, la dépression du poumon ne se fait qu'avec lenteur, et ce n'est que fort tard que la percussion procure un son mat.

Ici Broussais n'avait eu vue que l'hydrothorax effet d'une pleurésie chronique; dans les cas où cette hydropisie dépend d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, les signes de pleurésie n'existent pas ou sont très-peu intenses, quelquefois tellement confondus avec ceux de l'affection des organes de la circulation, que le départ en est à peu près impossible. Dans tous les cas de ce genre, le diagnostic présente de grandes difficultés jusqu'au moment où le bombement de la poitrine, surtout si c'est à droite, et les diverses modifications qui en résultent, ne permettent plus de méconnaître l'hydrothorax: malheureusement ces signes sont très-tardifs, et ils n'ont lieu que lorsque la collection est très-considérable, le thorax non encore complétement ossifié, et le sujet disposé à l'infiltration du tissu cellulaire.

On doit d'importantes recherches à Laënnec sur l'hydropisie

de la plèvre, dont il traite sous deux noms différens, l'un *épanchement pleurétique*, l'autre *hydrothorax*.

L'inflammation aiguë de la plèvre est toujours accompagnée, dit-il, d'une exhalation à sa surface interne; cette exhalation, qui est à proprement parler le mode de suppuration propre des membranes séreuses, paraît commencer dès les premiers instans de l'inflammation. Il décrit avec soin la matière qui, sous deux formes différentes, constitue cet épanchement; nous reviendrons sur ce point quand nous traiterons de la pleurésie. Dans la pleurésie chronique, l'épanchement séreux est plus abondant; il tend le plus ordinairement à devenir de jour en jour plus considérable; le côté affecté se dilate et devient manifestement plus volumineux que l'autre; les espaces intercostaux s'écartent et s'élèvent au niveau des côtes, et quelquefois même au-dessus. Cet épanchement s'établit d'une manière latente, sans grandes douleurs préliminaires, ou bien il est la suite d'une pleurésie aiguë qui passe à l'état chronique.

Laënnec pense que l'on essaierait en vain de chercher à reconnaître s'il y a pleurésie ou péripneumonie par le déplacement du liquide et la percussion, en ayant le soin de donner diverses positions au malade, comme l'a proposé Corvisart. J'ai répété moi-même cette expérience, dit Laënnec, sans obtenir un résultat satisfaisant; les liquides ne changent de place par la position que dans un vase vide; pour peu que l'épanchement soit considérable, le liquide se répand sur toute la surface du poumon et l'écarte des parois thoraciques, à moins qu'il n'ait long-temps auparavant contracté des adhérences. A l'aide du cylindre, cet observateur pense que l'on peut distinguer plus sûrement l'existence de l'épanchement et même l'abondance plus ou moins grande du liquide épanché. « Une grande diminution ou l'absence totale du bruit de la respiration, l'apparition, la disparition et le retour de l'égophonie, sont les signes par lesquels le cylindre annonce l'existence de l'épanchement pleurétique et en indique la mesure. » Ces signes étant ceux de la pleurésie, nous en renvoyons l'exposition à l'article sur cette phlegmasie, lequel sera le complément ou, si l'on veut, la base de celui-ci.

Laënnec pense que l'hydrothorax proprement dit, ou hydropisie idiopathique des plèvres, c'est-à-dire l'hydrothorax indépendant de la pleurésie, portée à un degré tel qu'elle puisse seule et par elle-même produire la mort, est une des maladies les plus rares. Je ne crois pas, dit-il, qu'on puisse en établir la proportion à plus d'un sur deux milles cadavres. Il a vu désigner sous ce nom des hypertrophies du cœur, des anévrismes de l'aorte, des phthisies pulmonaires à symptômes un peu irréguliers, et même des squirres de l'estomac ou du

foie. Si l'on a cru l'hydrothorax idiopathique plus commun qu'il ne l'est en effet, cela provient de ce qu'on a pris pour tel un épanchement séro-purulent, par cela seul qu'une partie du liquide était transparente. L'hydrothorax idiopathique n'existe ordinairement que d'un côté; il est formé par l'accumulation d'une quantité plus ou moins considérable de sérosité dans la plèvre *tout à fait saine*. Quand l'épanchement est très-considérable, le côté affecté est visiblement dilaté et beaucoup plus volumineux que l'autre. Laënnec a vu les hydrothorax portés à ce degré sans qu'il existât ni épanchement dans aucune autre membrane séreuse, ni infiltration dans le tissu cellulaire. « Le symptôme principal et presque l'unique de cette maladie est la gêne de la respiration : la percussion y ajoute le son mat, et le cylindre l'absence de la respiration en tout autre lieu qu'à la racine du poumon. Il me *paraît indubitable* que l'égophonie doit aussi se joindre *quelquefois* à ces symptômes. Les symptômes *généraux* et la marche de la maladie peuvent seuls faire distinguer cette affection de la pleurésie chronique ».

Ainsi donc Laënnec reconnaît un épanchement séreux provenant d'une pleurésie aiguë, un autre provenant d'une pleurésie aiguë passé à l'état chronique, un autre provenant d'une pleurésie latente, puis un hydrothorax essentiel ou idiopathique indépendant de la pleurésie aiguë ou chronique : ce n'est pas tout, il admet encore un hydrothorax symptomatique aussi commun que l'idiopathique est rare; qui peut compliquer toutes les maladies aiguës ou chroniques générales et locales; dont l'apparition en annonce presque toujours la terminaison prompte et funeste et ne la précède souvent que de quelques instans; guère plus commun chez les leucophlegmatiques et les ascitiques qu'à la suite de toute autre maladie; et qu'enfin on rencontre le plus souvent chez les personnes mortes de fièvres aiguës, de maladies du cœur, de tubercules ou de cancers de divers organes. « Ces signes, dit-il, semblables *en tout* à ceux de l'hydrothorax idiopathique, ne commencent ordinairement à se développer que quelques jours et même quelques heures avant la mort. Quand l'épanchement existe des deux côtés à la fois, il rend l'agonie pénible et accompagnée de suffocation. Quelquefois cependant on trouve un épanchement considérable dans les deux plèvres de sujets morts sans avoir éprouvé de dyspnée *notable*. Ne peut-on pas penser que, dans ces cas, l'épanchement n'a eu lieu qu'au moment de la mort ou dans les premiers instant qui l'ont suivie? La quantité de la sérosité épanchée varie de quelques onces à une ou deux pintes. Elle est ordinairement incolore ou citrine, quelquefois fauve, rousse et même sanguinolente. » Ce n'est

pas tout, le même auteur fait encore mention d'un *épanchement liquide*, roux ou sanguinolent, déterminé par les productions cancéreuses et tuberculeuses de la plèvre.

Il résulte de ces travaux que Laënnec a donné de nouveaux moyens pour reconnaître l'existence d'un épanchement séreux dans la plèvre; mais il n'a nullement prouvé qu'un épanchement de cette nature puisse être primitif, indépendant de toute inflammation de la plèvre. Il ne paraît pas avoir observé l'hydrothorax idiopathique dont il n'a pas craint d'indiquer les signes approximativement. Son épanchement liquide, effet de la dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse de la plèvre, n'est évidemment qu'un produit de la pleurésie chronique, et lui-même reconnaît qu'à l'ouverture du cadavre on trouve sur la plèvre des fausses membranes qui comblent l'intervalle que laissent entre eux les tubercules, et que les vaisseaux de cette membrane sont très-injectés. Quant à l'hydrothorax qui survient aux approches de la mort, nous avons dit ce qui nous paraît le plus probable relativement à cet état qui ne mérite pas le nom de maladie de quelque manière qu'on l'envisage.

Or, si l'hydrothorax est dans le plus grand nombre des cas un effet de la pleurésie aiguë ou chronique; si un des plus célèbres anatomistes du siècle n'a jamais vu l'hydrothorax essentiel, c'est-à-dire sans autre maladie primitive et sans lésion de la plèvre; si l'hydrothorax symptomatique indépendant de la pleurésie, n'a lieu que peu de temps avant la mort, l'hydrothorax ne réclame donc l'attention du praticien que comme un effet de la phlegmasie de la plèvre sans causes et sans traitement spécifique proprement dit. Le devoir du médecin appelé auprès d'un malade qu'il soupçonne d'être affecté de cette hydropisie, est donc, après avoir constaté l'existence de l'épanchement, de constater s'il y a pleurésie aiguë ou chronique caractérisée, s'il y a lésion du poumon, du péricarde, du cœur, des gros vaisseaux, du foie ou de l'estomac; de satisfaire aux indications que présentent ces diverses maladies; et si ensuite l'époque point trop avancée de la maladie, les forces du sujet, et surtout l'état des voies digestives le permettent, il essayera d'exciter une dérivation quelquefois salutaire à la peau, sur les reins ou sur les intestins, de même que dans toutes les hydropisies de quelque partie du corps que ce soit.

La présence d'un épanchement séreux, séro-sanguinolent, ou même séro-purulent dans la plèvre, n'est pas une condition incompatible avec la vie, à moins que la collection ne soit tellement abondante, que le poumon correspondant ne soit comprimé au point de devenir complétement impropre à la respiration, de telle sorte que l'autre, chargé seul de cette fonction, finit par s'enflammer par l'excès d'action auquel il

est contraint. On ne croit plus aujourd'hui que l'âcreté de la sérosité puisse procurer l'inflammation de la plèvre et tous les désordres qui en sont la suite. Le pronostic de l'hydrothorax doit donc s'établir d'après l'état présumé des parties dont la lésion donne lieu à l'épanchement, d'après la quantité plus ou moins considérable du liquide épanché, et d'après l'état des organes respiratoires. Lorsque l'hydrothorax est parvenu au point de déterminer l'écartement et le soulèvement visible des côtes, l'arrondissemeut d'un des côtés du thorax, il n'y a plus d'espoir que le malade puisse échapper à une mort prochaine, quelle que soit d'ailleurs la cause prochaine de l'épanchement. Ce n'est qu'à cette époque que cette hydropisie ne peut plus être méconnue, et cela explique, outre la gravité des lésions qui l'occasione, pourquoi on en obtient si rarement la résorption.

Lorsqu'au milieu des symptômes d'un hydrothorax confirmé, quelle qu'en soit la cause, on voit survenir ceux d'une phlegmasie aiguë du poumon du côté opposé, ou quelquefois des deux côtés quand l'hydrothorax est double, ou bien ceux d'une phlegmasie aiguë ou d'une exaspération de l'inflammation chronique de la plèvre, il y a tout à craindre pour le malade; très-rarement on parvient à retarder la catastrophe.

Nous avons dit peu de chose jusqu'ici de l'hydrothorax que l'on pourrait appeler sympathique, et qui a lieu dans la dernière période de l'ascite; ce n'est que l'extension, et par conséquent l'apparition d'un état morbide non susceptible de guérison, et l'annonce d'une mort prochaine.

Les évacuations dites critiques sont de peu d'utilité dans l'hydrothorax, c'est-à-dire, qu'au moment où, inspiré par de vieilles théories erronées, on se félicite de l'apparition spontanée ou provoquée d'un flux d'urine, d'une diarrhée, et même d'une sueur, le malade périt lorsqu'on y pensait le moins; tout au plus y a-t-il quelquefois un soulagement momentané à la suite de ces évacuations. Néanmoins il n'est pas rare de voir les sujets affectés d'hydrothorax prolonger leur carrière pendant un grand nombre d'années; il suffit pour cela que la maladie, dont l'hydropisie n'est qu'un effet, marche avec beaucoup de lenteur, que la collection soit peu considérable, et qu'on s'attache à prévenir, par tous les moyens possibles, l'inflammation secondaire du poumon.

Mais enfin il arrive une époque à laquelle la maladie doit finir par la mort du sujet : les mains, les bras s'infiltrent, ainsi que la face; la difficulté de respirer devient intolérable, le sujet ne peut plus vivre qu'assis sur son séant et le corps penché du côté de l'épanchement, jusqu'à ce qu'enfin il perde le sentiment de ses souffrances se couche sur le dos, et expire. Ainsi se termine cette scène douloureuse, lorsque l'inflammation du pou-

mon ne vient pas abréger les derniers instans d'une vie qui n'est plus qu'un tourment insupportable. Dans quelques cas assez peu rares, le malade périt tout à coup dans une dyspnée considérable habituelle; c'est qu'alors la mort n'est pas survenue par l'effet de l'épanchement, mais bien de la maladie qui a déterminé celui-ci.

La quantité et l'aspect de la sérosité que l'on trouve à l'ouverture du cadavre, varient beaucoup; nous les exposerons avec soin quand nous traiterons de la pleurésie; il suffit de dire ici que, selon la remarque d'Itard, la cavité thoracique ne se prête pas à l'accumulation du liquide autant que celle du crâne, et que les exemples de collections séreuses les plus considérables ne font pas mention de plus de douze livres pour les deux cavités; enfin que quand elle n'en occupe qu'une seule, elle est en général plus considérable, proportion gardée, et peut s'élever à huit ou neuf livres. Il paraîtrait, si l'on en croit quelques auteurs, que la matière de l'épanchement augmente après la mort; cependant à l'ouverture des cadavres on trouve le plus souvent un vide considérable, qui ne peut provenir que de la résorption d'une partie de la sérosité. L'on sait que les collections ascitiques diminuent à l'instant de la mort, et que ce n'est qu'après le refroidissement complet du cadavre que la sérosité s'épanche de nouveau sous l'influence de la pesanteur. *Voyez* PNEUMOTHORAX.

Parmi tous les moyens proposés pour obtenir une heureuse dérivation de l'irritation sécrétoire sur les reins, Itard place au premier rang la digitale pourprée, puis la scille. Les vomitifs *passent* pour être plus utiles dans l'hydrothorax que dans les autres hydropisies; les purgatifs beaucoup moins. Itard pense avoir guéri un hydrothorax au moyen des bains de vapeur.

De ce que l'hydrothorax est toujours symptomatique, nous ne voulons pas conclure que jamais on ne doive chercher à le combattre que par les moyens appropriés à la lésion qui le détermine. On conçoit que l'hydrothorax puisse cesser lors même que cette lésion persévère; mais on ne doit jamais chercher à obtenir cet avantage par des moyens susceptibles de léser les voies digestives, dont l'intégrité importe tant au maintien de la vie, non moins dans les maladies chroniques que dans les maladies aiguës. Il ne faut pas perdre de vue qu'en ralentissant l'accroissement de la collection, en en diminuant la quantité, on préserve le malade des inconvéniens qui peuvent être la suite d'un épanchement considérable, mais non des suites naturelles de la lésion d'où dépend l'hydropisie.

Lorsqu'on ne voyait dans les hydropisies que la présence insolite d'un liquide là où il n'en existe pas en état de santé,

on conçoit le projet de lui ouvrir une issue par laquelle il pût couler au dehors. De là la paracentèse du thorax recommandée par Hippocrate. C'a été un grand sujet de discussions que de déterminer si cette opération peut être suivie de succès, et les cas dans lesquels on peut l'exécuter. Nous pensons que dans l'hydrothorax par affection du cœur ou des gros vaisseaux, cette opération est parfaitement inutile, puisque la cause de l'hydropisie reste la même, et que l'on court sans avantage le danger d'exciter une inflammation aiguë de la plèvre qui donnera elle-même naissance à un épanchement. Quant à l'hydrothorax qui est l'effet d'une pleuresie aiguë, il serait absurde de chercher à diviser, mettre en contact avec l'air, et par conséquent irriter vivement une membrane affectée d'une inflammation intense. Relativement à celle qui est l'effet d'une pleurésie chronique, on a lieu de craindre que l'inflammation ne passe à l'état aigu et ne fasse promptement périr le sujet; c'est en effet ce qui arrive le plus souvent. Cependant on compte quelques succès dans des cas de ce genre. Pour ne citer que celui que nous pouvons attester, nous devons dire ici que nous avons vu Genouville pratiquer la paracentèse du thorax chez un sujet affecté d'une pleurésie passée à l'état chronique, et le sujet revenir, sinon à un état de santé parfait, au moins très-satisfaisant; l'écoulement tarit après plusieurs mois, et la fistule se ferma. De tels succès seront toujours fort rares, et ne seront jamais obtenus que par des praticiens vraiment dignes de ce nom.

HYDROTHORAX (art vétérinaire). En général, dès qu'il y a épanchement dans le thorax chez les animaux, on remarque le gonflement œdémateux du bas des extrémités, et l'on voit l'œdème s'étendre progressivement et en remontant jusqu'au haut des jambes, et quelquefois même se propager sous le thorax et l'abdomen, la respiration est gênée surtout dans le travail, les côtes s'élèvent avec force, quelquefois on entend la sérosité ballotter dans la poitrine; la percussion ne donne qu'un son obscur et mat; l'animal regarde sa poitrine, se couche toujours du côté malade, bat des narines, a des sueurs fréquentes, se couche et se relève souvent, et jette par le nez une sérosité jaunâtre qui a fait considérer l'affection comme une variété de la *vieille courbature*. Mais la *courbature vieille* ou *jeune* n'est elle-même qu'un être imaginaire auquel on a donné un nom impropre et à supprimer, parce qu'il n'exprime l'idée d'aucune maladie spéciale, et qu'on en abuse à tous momens pour faire rompre mal à propos des marchés. Lorsque l'hydrothorax a fait des progrès, on remarque encore la maigreur du sujet, la pâleur des membranes muqueuses et la sécheresse de la peau.

Jusqu'actuellement l'hydrothorax des animaux est réputé incurable. Cependant Gohier dit que plusieurs hydropisies de poitrine commençantes, dans le cheval, ont été par lui heureusement traitées au moyen de forts diurétiques composés de térébenthine, de cantharides et de lessive de cendres. Ses expériences n'ont pas été aussi heureuses, et ne sont parvenues qu'à diminuer un peu les symptômes, dans quelques chevaux dont la maladie était ancienne. L'emploi que Gohier a fait des cantharides en pareil cas, paraît l'avoir convaincu que l'on en a exagéré les effets à l'égard des grands animaux; il assure en avoir administré à beaucoup de chevaux pendant plusieurs jours de suite, depuis un gros jusqu'à un gros et demi par jour, en deux ou trois fois, incorporées avec une suffisante quantité de miel, et le double de térébenthine et d'aloès, et il ajoute qu'il en est constamment résulté une très-abondante évacuation d'urine, et quelquefois plusieurs excoriations dans la bouche et à la face interne de la lèvre inférieure, mais que ces petites excoriations n'eurent rien de dangereux. Quoi qu'il en soit de ses expériences, si l'on avait envie de les répéter dans des circonstances semblables, et d'administrer les cantharides à l'intérieur, il ne faudrait pas oublier qu'elles appartiennent à la classe des poisons irritans qu'on doit le plus redouter; que leur action, des plus violentes, sur la vessie, n'est pas moins forte sur tous les tissus vivans avec lesquels on les met en contact; que les membranes muqueuses notamment ne tardent pas à en éprouver une inflammation véhémente, qui, presque toujours, se termine par la gangrène, l'ulcération et la perforation de l'organe : on n'a qu'à consulter les observations d'anatomie pathologique recueillies particulièrement sur des animaux; les autopsies éclairent suffisamment sur les accidens que l'abus ou l'usage inconsidéré des cantharides peut produire, soit primitivement, soit consécutivement. Lafosse prétend que l'hydrothorax, toutes causes cessant, peut se guérir par la paracentèse, et, lorsqu'il croit que cette opération peut sauver la vie au cheval, il plonge le trois-quart dans le thorax, d'un côté ou de l'autre, à la partie inférieure de la huitième côte, à sa jonction avec son cartilage; il vide à peu près la moitié du fluide épanché, ensuite il injecte dans la cavité thoracique environ la même quantité d'une décoction de vulnéraire. Deux heures après, il tire les deux tiers du liquide restant, et ne fait plus l'injection que d'un tiers; il met deux autres heures d'intervalle, après lesquelles il évacue, autant qu'il est possible, tout ce qu'il y a de fluide, puis il injecte deux litres environ de la même décoction légèrement vulnéraire, qu'il laisse deux heures. Au bout de ce temps, si, en tirant la liqueur injectée, il la trouve

diminuée de quantité, il en conclut que le système absorbant reprend ses fonctions dans l'organe malade, et il pense qu'il y a tout lieu de compter alors sur la guérison. Il réitère encore une fois la même injection, qu'il évacue de même au bout de deux heures, et il s'en tient là. Ce traitement, selon Lafosse, est presque toujours certain dans l'hydropisie survenue à la suite d'une inflammation. Malheureusement l'expérience ne confirme pas cette assertion, et la paracentèse du thorax est une opération trop périlleuse et trop souvent mortelle dans les animaux, pour que nous osions conseiller de la pratiquer. Entre autres inconvéniens, elle a celui inévitable, malgré toutes les injections, que, les organes n'étant plus comprimés ni soutenus par le fluide particulier qui les environnait, et qu'aucun autre ne saurait remplacer pour remplir le même objet, ces organes tombent dans un affaissement subit, qui amène très-promptement la mort? Cette remarque n'a pas échappé à Gohier, dans les nombreuses tentatives qu'il a faites à cet égard sans succès, et qui l'ont engagé à renoncer à cette ponction. C'est notamment ce qu'il a observé sur un vieux cheval de petite taille, qui mourut un quart d'heure après qu'il eut donné issue à soixante-six litres de sérosité jaunâtre, que renfermait la cavité thoracique. On se figure difficilement, dit Gohier, que la poitrine d'un petit cheval puisse contenir une aussi grande quantité de liquide. Ce n'est pas la première fois que l'habile professeur, enlevé trop tôt à la science vétérinaire, a eu l'occasion de remarquer que la paracentèse, en pareil cas, n'était propre qu'à avancer la mort de l'animal. Au reste, en fait d'expériences de ce genre sur des animaux qui n'ont déjà plus de valeur et qu'on est exposé à perdre, on peut sans scrupule tout essayer, et il serait digne de nos écoles vétérinaires de hasarder, sur la curabilité des hydropisies, de nouvelles expériences qui pourraient bien ne pas être sans utilité pour la médecine de l'homme. On pourrait tenter l'application du traitement que nous avons indiqué pour l'hydrocéphale, l'usage de la glace excepté, et y ajouter des moyens propres à procurer, sans le même danger, s'il se peut, l'évacuation du fluide accumulé. La peau et les membranes muqueuses, par la nature de leurs fonctions et leurs rapports sympathiques avec tous les tissus membraneux, pourraient déjà servir d'émonctoires aux produits des membranes séreuses thoraciques, en déterminant, par des agens convenables, les sueurs, les urines et les déjections alvines. *Voyez* FARCIN, POUSSE.

HYDROTITE, s. f., *hydrotis;* hydropisie du tympan; collection séro-muqueuse dans le tympan et les cavités mastoïdiennes; elle est fort commune; c'est un effet de l'inflammation de la membrane qui revêt la trompe d'Eustache; cette

membrane, enflammée, s'épaissit, oblitère le conduit qu'elle tapisse; le tympan se trouve former une cavité sans issue; le mucus sécrété à la surface de la membrane se trouve retenu, et passe dans les cellules mastoïdiennes. Ce liquide est d'autant plus abondant, que la membrane qui revêt le tympau s'enflamme ordinairement en même temps que celle de la trompe d'Eustache.

L'hydrotite est, selon Itard, la cause ordinaire de la surdité des enfans lymphatiques; un embarras habituel des voies nasales, des coryzas fréquens, des angines habituelles l'accompagnent presque toujours : des bourdonnemens, une douleur sourde au fond du conduit auditif externe, et le sentiment d'une sorte d'embarras dans la région des cellules mastoïdiennes en sont les symptômes. Pour la terminaison et le traitement de cet état morbide, *voyez* OTITE.

HYDRURE, s. m.; nom donné par les chimistes à toute combinaison d'hydrogène avec un autre corps simple, qui n'est ni gazeuse, ni acide.

HYGIÈNE, s. f., *hygiene*; art de conserver la santé.

D'après cette définition, l'hygiène est la connaissance des règles à suivre pour le choix des moyens propres à entretenir l'action normale des organes dans les différens âges, les différentes constitutions, les différentes conditions, et les diverses professions. Elle ne comprend réellement que ce qu'Hallé désignait sous le nom de *règles de l'hygiène*, c'est-à-dire la détermination de l'usage des choses, soit placées hors de nous, soit émanées de nous-mêmes, dirigé, selon nos besoins, vers la conservation de la santé et de l'existence. Toutes les autres considérations qu'on a voulu y rattacher, sous le nom de *matière de l'hygiène*, lui sont absolument étrangères, et ne peuvent en être regardées que comme l'introduction obligatoire. Elles se rattachent, en effet, à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle, à la bromatologie, à la pharmacologie, à la toxicologie, etc. Mais comme l'hygiène exige une connaissance approfondie de son *sujet*, qui est l'homme, puisqu'on ne saurait apprécier les modifications que les agens extérieurs impriment à l'organisme, si l'on ignorait le type normal de ce dernier, de même elle réclame une connaissance parfaite de son objet, c'est-à-dire de ces mêmes corps extérieurs dont il serait impossible de concevoir l'action sur l'économie, si l'on n'avait pas fait préalablement une étude approfondie de leurs qualités intrinsèques et de leurs propriétés. On n'a donc point exagéré en disant que toutes les connaissances vraiment utiles s'y rattachent et en font une partie essentielle; mais on a eu tort de les réunir à son domaine spécial, puisqu'en appliquant partout cette méthode vicieuse, il n'y aurait pas de raison

pour que chaque science n'envahît toutes les autres, sous le vain prétexte qu'elle a des connexions avec toutes.

Ainsi l'hygiène s'occupe de l'homme envisagé, soit seul, soit dans ses rapports avec la nature entière. Elle ne diffère donc point de la véritable physiologie humaine, ou, si l'on aime mieux, de l'anthropologie, dont elle embrasse effectivement toutes les branches, à l'exception du petit nombre de celles qui composent le domaine de la pathologie. Elle suppose, dans celui qui veut s'en occuper, une connaissance parfaite de l'anatomie, de la physiologie générale et des sciences si improprement appelées accessoires.

Ayant l'homme, et l'homme seul, pour sujet, elle le considère vivant soit seul, soit réuni en corps de société; elle porte son examen sur l'individu isolé ou sur l'espèce. De là vient qu'on la divise en *hygiène individuelle* et en *hygiène publique*. Ce serait peu, a dit Cabanis, qu'elle se bornât à tracer des règles applicables aux différentes circonstances où peut se trouver chaque homme en particulier; elle doit considérer l'espèce humaine comme un individu dont l'éducation physique lui est confiée, et que la durée indéfinie de son existence lui permet de rapprocher sans cesse de plus en plus d'un type parfait, dont son état primitif ne donnait même pas l'idée: il faut en un mot que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine générale.

L'hygiène individuelle, celle qui est plus particulièrement du ressort du médecin, a été partagée elle-même en *générale* et *spéciale*. La première, renfermée dans de pures abstractions, applique les préceptes relatifs au bon usage des agens externes et internes à chaque individu, sans égard à l'âge, au sexe, à la constitution et à une foule d'autres circonstances analogues. La seconde examine l'action des modificateurs de l'économie animale sur les diverses modifications qu'offre l'état normal de l'organisme, suivant les sexes, les âges, les constitutions, les idiosyncrasies, les professions, etc.

Toutes les classifications qu'on a proposées pour disposer avec ordre les nombreux matériaux dont l'hygiène individuelle se compose, sont plus ou moins vicieuses. Pour débarrasser cette branche de la médecine du fatras dont on l'a encombrée, et pour la rendre aussi utile qu'elle peut l'être à la société, il faut, dans l'exposition, adopter l'ordre rigoureux de la physiologie, c'est-à-dire tracer les règles à suivre dans l'usage des choses qui sont mises en rapport avec l'appareil digestif, avec la peau, avec la surface pulmonaire, avec les organes génitaux, avec ceux des sens, avec le cerveau, avec les membres, sous le rapport des exercices, et terminer chacune des sections de ce grand tableau, relatif à l'homme en général, par l'ex-

posé des préceptes particuliers dont l'observance assure la santé de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du vieillard, de la femme, avant, pendant et après la gestation, enfin de l'homme envisagé d'après les nuances que la nature d'une part, et les relations sociales de l'autre, impriment au type fondamental de son organisation, c'est-à-dire considéré sous le point de vue des professions et de ce qu'on appelle les tempéramens.

Quant à l'hygiène publique, les objets qu'elle embrasse sont plus élevés encore, et bien autrement importans. Elle traite des modifications qui sont imprimées à l'homme par l'état social, c'est-à-dire qu'elle examine successivement l'influence du mode de gouvernement, des croyances et des pratiques religieuses, des mœurs et des coutumes, des relations politiques de peuple à peuple, en un mot de la politique intérieure et extérieure. Ne craignons pas de dire que ce vaste sujet n'a été qu'à peine effleuré jusqu'à ce jour. Pour le traiter avec toute la force et la profondeur qu'il exige, il est nécessaire, comme l'a fort bien dit Rostan, que l'auteur se trouve dans cette liberté de penser sans laquelle il ne peut y avoir de grandes conceptions. Les médecins l'ont abandonné jusqu'à ce jour aux économistes, aux anthropologistes, aux métaphysiciens, aux idéologistes, qui s'en sont approprié chacun quelque lambeau. Il serait cependant à désirer de le voir enfin se rallier sous ses bannières naturelles; car, que doit-on attendre, sinon des projets vagues et arbitraires, ou des utopies impraticables, de ceux qui veulent raisonner sur l'homme sans se donner la peine d'étudier son organisation, et que cette conduite, qui leur paraîtrait souverainement ridicule partout ailleurs qu'en anthropologie, porte à soutenir que les facultés et, partant, les actions de l'homme, sont indépendantes de son organisation, étrange paradoxe qui conduit à une longue série d'absurdités.

L'hygiène est utile à l'homme en santé, comme à l'homme malade, car elle fait d'assez fréquentes excursions sur le domaine de la pathologie, et non contente de faire voir comment l'abus ou le mauvais usage des agens naturels occasione telle ou telle maladie, elle enseigne aussi de quelle manière l'emploi bien ordonné de ces mêmes agens rétablit la santé. Ce n'est plus elle aujourd'hui qui fournit, comme autrefois, presque toutes les ressources thérapeutiques, mais elle joue encore un grand rôle dans le traitement des maladies; car, si les modificateurs de l'économie peuvent prévenir ou causer les maladies, suivant l'usage convenable ou inconvenant qu'on en fait, il n'est pas surprenant que leur emploi bien ou mal dirigé contribue beaucoup aussi à les guérir ou à les aggraver.

Les détails de l'hygiène ne peuvent trouver place ici : ils appartiennent à un grand nombre d'articles séparés, que la sagacité du lecteur lui fera trouver au besoin.

HYGROBLÉPHARIQUE, adj. *hygroblepharicus ;* on a donné quelquefois ce nom, ou celui d'*hygrophthalmique*, aux conduits excréteurs de la glande lacrymale.

HYGROMÈTRE, s. m., *hygrometrum ;* instrument propre à mesurer le degré d'humidité de l'atmosphère.

L'air atmosphérique est toujours plus ou moins chargé de vapeur aqueuse ; mais cette vapeur n'est pas toujours visible. Ainsi on ne l'aperçoit pas durant les chaleurs de l'été, ce qui fait qu'elle n'est point alors susceptible de mouiller.

Tous les corps sont susceptibles d'attirer l'humidité de l'air, mais tous ne possèdent pas cette propriété au même degré. Chez quelques-uns, elle est portée au point qu'ils ne sauraient se conserver à l'état solide, lorsqu'on les laisse exposés au contact de l'air. On donne à ceux-ci le nom de déliquescens, tandis que ceux qui ne se fluidifient pas ainsi, et qui augmentent seulement d'étendue, portent l'épithète d'hygrométriques.

Voici par quel mécanisme un corps déliquescent ou un corps hygrométrique peut marquer les variations de l'humidité de l'air. L'eau qui se trouve dans un corps est sollicitée par deux forces opposées, savoir l'affinité qu'a pour elle le corps qui retient ses molécules, et l'affinité du calorique qui tend à la réduire en vapeur. Tant que l'équilibre se maintient entre ces deux forces, le corps conserve l'humidité qu'il a acquise ; mais si la chaleur augmente, il en perd une portion, et acquiert en même temps plus de force pour retenir l'eau ; si, au contraire, la chaleur diminue, l'affinité du corps devient prépondérante dans la même proportion, et il s'empare d'une nouvelle portion d'humidité.

On peut déterminer la quantité d'humidité contenue dans l'atmosphère, en mesurant, soit le poids que le corps acquiert, soit les variations qu'il éprouve dans ses dimensions. Comme cette dernière méthode présente plus de facilité et d'exactitude que l'autre, c'est à elle qu'on donne la préférence, employant, pour la mettre en pratique, des cordes à boyaux, ou des cheveux débarrassés de leur graisse par l'immersion dans une faible dissolution de sulfate de soude. Les cordes agissent, soit par leur propriété de se tordre ou de se détordre, soit par leur faculté de varier de longueur, mais, dans ce dernier cas, il faut que leur longueur soit considérable. Le cheveu fait la base de l'hygromètre de Saussure ; sa dilatation par le calorique, quand la température augmente, complique l'action de l'instrument ; mais Saussure a construit une table de correction qui obvie à cet inconvénient.

Les hygromètres sont très-utiles aux physiciens et aux chimistes pour connaître la quantité d'eau qui se trouve actuellement vaporisée dans l'air ou dans tout autre gaz. Ils ne servent pas moins au médecin pour apprécier le degré de sécheresse ou d'humidité de l'atmosphère, qui exerce une si puissante influence sur le corps de l'homme, en santé comme en maladie.

HYMEN, s. m., *hymen*. On donne ce nom à un repli membraneux qui, chez les femmes non déflorées, forme une cloison, presque toujours incomplète, entre la vulve et le vagin, et retrécit l'entrée de ce dernier canal.

Cette cloison transversale, située derrière les nymphes, est produite par un repli de la membrane muqueuse génito-urinaire. Elle représente une portion considérable de circonférence, fort rétrécie ou même interrompue par le haut, et entourant un orifice étroit qui conduit dans le vagin, mais dont les bords sont rapprochés, dans l'état ordinaire, de manière à fermer ce canal. Elle est formée d'une substance pulpeuse, rougeâtre et parsemée de vaisseaux sanguins, en un mot plus ou moins analogue au repli qu'on a désigné, chez l'homme, sous le nom de frein du prépuce. Assez souvent elle ne présente pas d'ouverture, disposition qui n'entraîne aucun inconvénient jusqu'à l'époque de la menstruation, mais qui, lorsque l'écoulement périodique commence à se manifester, donne lieu à des accidens graves, simulant quelquefois la grossesse, et susceptibles de faire croire à l'existence de ce dernier état.

L'hymen a fourni matière à des disputes aussi oiseuses que ridicules. On a tour à tour soutenu et nié son existence. On a prétendu aussi que l'espèce humaine seule en était douée, d'où l'on a conclu qu'il lui avait été accordé dans des vues morales. Cette dernière assertion, née de spéculations purement sentimentales, n'est plus admissible depuis qu'on sait qu'un grand nombre d'animaux offrent des rétrécissemens ou des replis analogues à l'hymen, de sorte qu'on doit le regarder comme entrant dans la composition normale des organes de la génération chez tous les mammifères femelles.

On a regardé la présence de l'hymen comme une preuve de la virginité, et son absence comme un signe de défloration. Ces deux opinions deviennent fausses à force d'être absolues. Il est vrai que, dans la règle, les vierges ont un hymen, qu'elles le conservent, et qu'on l'a trouvé dans des filles de tout âge. Mais on conçoit qu'une membrane en général si mince peut se déchirer par des causes fort légères, ou même s'effacer spontanément par les progrès de l'âge, et se confondre avec les plis moins apparens qui existent au-dessus et au-dessous. On

conçoit aussi qu'elle peut céder à de fortes pressions, revenir ensuite sur elle-même, et reprendre son premier état. En effet, on a vu des femmes la conserver après l'accouchement, et l'on cite des jeunes filles qui n'en avaient jamais eu : à ce dernier égard, on peut surtout consulter Hartmann, Blaes et Heuermann. La cloison ne se trouve d'ailleurs pas toujours à la même hauteur, et quelquefois elle est située à une grande profondeur dans le vagin. Enfin, dans un cas rapporté par Roederer, il y en avait plusieurs les unes au-dessus des autres. La présence de l'hymen ne prouve donc pas plus la pureté ni même la virginité de la personne qui le possède, que son absence ne prouve absolument du désordre dans la conduite de la femme.

En général, l'hymen se déchire durant le premier coït, avec douleur et légère effusion de sang : ses lambeaux, raccourcis et épaissis, produisent alors les caroncules myrtiformes. Lorsqu'il est imperforé, il faut y pratiquer une incision cruciale pour dissiper les accidens que produit la rétention du sang menstruel. Quelquefois il est assez épais et assez résistant pour s'opposer à l'union des sexes, et rendre l'intervention du chirurgien nécessaire.

HYO-ÉPIGLOTTIQUE, adj., *hyo-epiglotticus*. Quelques anatomistes ont désigné sous ce nom un amas de tissu cellulaire dense et serré, qui fixe la base de l'épiglotte à la face postérieure du corps de l'hyoïde, et qu'ils ont mal à propos considéré comme un ligament.

HYO-GLOSSE, adj. et s. m., *hyo-glossus;* muscle qui s'étend de l'hyoïde à la partie inférieure, postérieure et latérale de la langue, dans l'épaisseur de laquelle il se confond avec les autres muscles de cet organe, qu'il sert à retirer en arrière, et à aplanir dans toute son étendue, quand il agit de concert avec son congénère.

HYOIDE, adj. et s. m., *hyoides:* Sous la dénomination fort impropre d'*os hyoïde*, et qu'il faudrait remplacer par celle d'*appareil hyoïdien*, on désigne un arceau suspendu par ses deux extrémités à la partie postérieure et inférieure du crâne, derrière l'articulation de la mâchoire inférieure. Cet arceau, sur lequel Geoffroy-Saint-Hilaire a présenté de très-belles considérations d'anatomie comparée, forme, dans l'homme, une sorte de chaîne ou de demi-ceinture composée de cinq pièces bien distinctes, et qui n'est retenue en place, au haut du col et au-dessus du larynx, que par des muscles et par des ligamens.

La pièce principale porte le nom de corps. Elle est plate, presque carrée, forme un peu plus d'un demi-anneau, et occupe l'intervalle qui sépare le larynx de la base de la langue. Disposée horizontalement, elle a sa convexité tournée en avant,

Les muscles qui en partent pour aller gagner la langue, la fixent à cet organe, aussi bien qu'un prolongement de la membrane palatine qui s'attache à son bord supérieur. De la partie inférieure se détache en outre une sorte de substance ligamenteuse qui va s'insérer au bord supérieur du cartilage thyroïde. Sa face antérieure est convexe et chargée d'aspérités, tandis que la postérieure est concave.

On appelle les quatre autres pièces *cornes de l'hyoïde*, et on les distingue en grandes et en petites.

Les grandes cornes sont plus minces et moins courbées que le corps. Elles prolongent latéralement l'arc qu'il décrit en avant; elles s'arrondissent et s'amincissent jusqu'à leur sommet qui repose sur les cornes supérieures du cartilage thyroïde, avec lequel elles sont unies par un ligament qui a reçu le nom de thyro-hyoïdien.

Les petites cornes ont à peu près la forme et la grandeur d'un grain d'orge. Elles sont implantées sur l'articulation des grandes avec le corps, et disposées de manière que leur extrémité supérieure se trouve dirigée en arrière. A leur sommet, s'attache le ligament qui suspend l'hyoïde au crâne, et qui va, de l'autre part, se fixer à l'extrémité de l'apophyse styloïde.

L'hyoïde demeure cartilagineux pendant fort long-temps; mais, avec les progrès de l'âge, les différentes pièces qui entrent dans sa composition finissent par se souder ensemble. Il n'est pas rare non plus de trouver le ligament stylo-hyoïdien ossifié chez les vieillards.

Cet appareil osseux sert d'appui à la langue et au larynx. Les muscles sterno-hyoïdien, mylo-hyoïdien, omoplat-hyoïdien, génio-hyoïdien, hyo-glosse, stylo-hyoïdien et thyro-hyoïdien s'y attachent.

HYOVERTÉBROTOMIE, s. f. Parmi les découvertes dues à nos écoles vétérinaires, une des plus belles et des plus hardies est celle de l'opération à laquelle on a donné le nom d'*hyovertébrotomie*. Elle a été très-bien décrite par Chabert et Fromage; il serait difficile d'ajouter ou de retrancher à ce qu'ils en ont dit, sans altérer leur travail; nous préférons copier littéralement l'article qu'ils ont inséré dans le tome XII, in-4°., du *Cours complet d'Agriculture* de Rozier.

Cette opération chirurgicale est une espèce de ponction que l'on fait seulement au cheval, à l'âne et au mulet; elle consiste dans une incision entre l'os hyoïde et la première vertèbre cervicale, pour pénétrer dans une poche qui n'existe que dans ces animaux, et donner issue à une matière qui la remplit dans le cas d'angine, de gourme, de morve. Cette ponction se pratique d'un côté ou des deux côtés, selon qu'il est nécessaire.

La plénitude de ces poches, appelées *poches gutturales* ou *poches d'Eustache*, se reconnaît au soulèvement des parotides et à une fluctuation profonde.

Le larynx, qui existe entre ces deux poches, se trouvant gêné par leur amplitude, il y a souvent aussi une grande difficulté de respirer, de sorte qu'alors il faut débuter par faire la trachéotomie, c'est-à-dire une ouverture assez près du larynx, entre les cerceaux de la trachée-artère, pour y placer un tube par où l'air puisse passer librement. La trachéotomie doit se faire, autant que possible, l'animal étant debout, parce qu'étant abattu, la respiration serait plus gênée, ce qui augmenterait encore le danger de la suffocation.

Dans tous les cas, si le dépôt n'est que dans une des poches, il vaut mieux abattre l'animal sur le côté dans lequel la collection existe, afin de ne pas diminuer ce qui reste de liberté au larynx.

D'un autre côté, l'opération est plus facile, l'animal étant abattu : c'est à l'artiste à juger alors de ce que la prudence exige, et à ne prendre sa commodité qu'autant que le cas le permet.

L'animal étant donc fixé, soit debout, soit couché, on reconnaît le lieu de la ponction dont il s'agit; ce lieu est en avant du milieu de l'apophyse transverse de l'atlas ou première vertèbre cervicale, tout près du bord postérieur de la glande parotide, c'est-à-dire à la distance d'environ deux travers de doigt de l'oreille. C'est dans ce point qu'il faut faire à la peau une incision verticale, c'est-à-dire qui tombe de haut en bas (ce qui s'applique à l'animal debout). Pour faire cette incision sans offenser les parties que la peau recouvre, l'opérateur et un aide feront à la peau un pli dont la direction soit transversale avec celle de l'incision projetée; ce pli étant fait, l'artiste pratique, d'un seul coup de bistouri, une incision longue de deux pouces. Il dissèque ensuite et découvre le bord postérieur de la glande parotide, le séparant des parties auxquelles il adhère, et il introduit le doigt index dans l'ouverture. Il s'assure, avec le bout du doigt, de la tubérosité de l'os hyoïde, et de la direction d'un petit muscle plat qui s'attache à cette tubérosité, et qui vient de l'apophyse styloïde de l'occipital. Ce muscle est le stylo-kératoïdien. La poche gutturale est sous ce muscle. Pour parvenir dans cette poche par l'endroit le moins dangereux, il s'agit de plonger le bistouri dans le muscle stylo-kératoïdien, la lame suivant la direction de ce muscle, le dos du bistouri touchant le bord de la parotide et tourné du côté de la tubérosité de l'os hyoïde, le tranchant regardant la crinière. Avant de ponctuer, on fait étendre la tête de manière qu'elle suive le plus possible la direction de

l'encolure, ce qui fait que les branches de la carotide et les nerfs qui passent en cet endroit, s'écartent du lieu de l'incision. Cette position étant prise, on plonge le bistouri un peu obliquement de derrière en avant, et le manche un peu incliné vers le garrot du cheval, ce qui fait qu'on évite de pénétrer à côté de la poche, autrement on pénétrerait seulement dans le tissu qui est en arrière, ou l'on serait exposé à couper les vaisseaux et les nerfs très-nombreux de cette partie.

La ponction étant faite, la matière sort, mais toujours imparfaitement. Pour en procurer l'évacuation complète, il faut faire une contre-ouverture. Elle s'exécute en faisant pénétrer dans la poche, par l'ouverture qu'on vient de faire, une sonde courbe que l'on dirige vers la partie inférieure de l'encolure, près de la ganache. On pousse cette sonde de manière à ce que le bout soit aperçu sous la peau. Mais il faut diriger le bout de la sonde à côté de l'une des deux branches de la jugulaire; pour ne pas couper l'une ou l'autre. Le bout de la sonde étant donc saillant vers l'endroit de cette division, il faut inciser la peau de devant en arrière, sur le bout même de la sonde. L'ouverture doit être assez grande pour que la matière sorte librement. Cependant, s'il y avait quelqu'obstacle, c'est que la matière serait grumeleuse. On la délaierait en injectant avec une seringue de l'eau tiède dans la poche. On passe ensuite une mèche qui entre par la contre-ouverture et sort par la première ponction. Les deux bouts s'attachent l'un à l'autre en dehors, et l'on a soin de déterger pendant quelques jours, en injectant par la première ouverture de l'eau qui sortira par la seconde.

Du reste, on doit faire le traitement qui convient à la maladie essentielle. Il ne faut pas confondre le soulèvement des parotides dû à un engorgement catarrheux de la membrane interne des poches et à l'inflammation des tissus environnans, avec l'état des poches qui sont remplies de matière.

La trachéotomie et l'hyovertébrotomie sont des opérations étonnantes, dont l'effet est de sauver, dans le même instant, un cheval qui serait près de périr d'une espèce de suffocation. Elles ont été faites un grand nombre de fois et avec succès, soit dans les écoles vétérinaires, soit par quelques-uns des élèves qui en sont sortis. Toutefois l'hyovertébrotomie n'est pas sans danger; nous ne saurions le dissimuler, et, pour oser l'entreprendre, il faut une connaissance exacte de l'organisation anatomique des parties, bien des essais sur des animaux sacrifiés à l'instruction, et de l'habileté. Elle est très-brillante, et propre à donner une haute idée du talent du vétérinaire qui parvient à la pratiquer avec succès dans les circonstances où

elle est indiquée. C'est un bonheur que Leblanc, médecin vétérinaire à Thouars, a eu il y a quelque temps : au moyen de cette opération, il a extrait une matière épaissie depuis dix-huit mois dans une des poches gutturales d'une jument; la maladie était la suite de la contusion de la parotide avec les tricoises dans la co.ique, coutume ignorante et barbare que les vétérinaires n'ont pu parvenir encore à détruire.

HYPÉRESTHÉNIE, s. f., *hyperesthenia ;* surcroît de force, d'énergie, d'excitabilité ; surexcitation, irritation. *Voyez* ces mots.

HYPÉRESTHÉSIE, s. f., *hyperesthesis ;* surcroît de sensibilité. Elle a lieu par suite de l'inflammation de tout tissu pourvu de nerfs, et plus encore dans les irritations des épanouissemens nerveux, tels que la rétine par exemple. Son siége n'est point dans le nerf, mais dans l'encéphale ; ce n'est qu'un effet et non la cause de l'irritation du nerf; le résultat est une perception douloureuse et peu distincte. C'est ainsi que certaines amauroses, bien loin d'être dues à l'*anésthésie* et non, comme on le dit, à la paralysie du nerf optique, de la rétine, ou du point où le nerf est lié à l'encéphale, dépendent au contraire de l'hypéresthésie de l'encéphale, primitive ou effet d'un excès d'irritabilité de la rétine ou du nerf. Dans toute hypéresthésie, le cerveau est lésé, mais il faut déterminer s'il l'est primitivement ou secondairement; cette distinction est encore plus importante en pratique qu'elle ne l'est en théorie.

HYPERTONIE, s. f., *hypertonia*, état opposé à l'atonie ; surcroît de ton, de tension, de fermeté; surexcitation, irritation. *Voyez* ces mots.

HYPERTROPHIE, s. f., *hypertrophia*, surcroît de nutrition. Cet état est encore assez peu connu; on ne l'a point assez étudié dans chaque tissu pour qu'il soit possible d'en tracer l'histoire générale. On ne croit guère à l'hypertrophie d'un organe que lorsqu'on le trouve plus volumineux qu'il ne l'est le plus ordinairement, et sans altération de structure. C'est ainsi que l'on a décrit avec beaucoup de soin l'hypertrophie du cœur ; que l'on a signalé l'augmentation de volume des muscles des bras chez les maîtres d'armes, des jambes chez les maîtres de danse; que l'on a mis au nombre des hypertrophies la présence de colonnes charnues à la face interne de la vessie, le volume excessif du rein. Mais que sait-on sur l'hypertrophie de l'encéphale, du poumon, du tissu musculaire de l'appareil digestif, du foie et de tant d'autres parties? Plusieurs vices de première conformation ne sont-ils pas dus à des hypertrophies absolues ou relatives? L'hypertrophie n'est mise au nombre des états morbides que lorsqu'il en résulte du trouble dans la

fonction de l'organe; cependant dès que le tissu organique dépasse un tant soit peu le type normal, n'y a-t-il pas dès-lors condition morbifique, quoique d'ailleurs fort légère d'abord? L'inflammation n'est-elle pas une hypertrophie très-rapide dans sa marche, rapide au point d'amener le rejet d'une grande partie des matériaux apportés subitement et trop abondamment à la partie affectée? La véritable hypertrophie, ou du moins celle que l'on reconnaît pour telle, et qui donne lieu au développement surabondant mais lent d'un tissu, n'est-elle pas une nuance très-obscure et chronique d'inflammation, d'irritation si l'on veut, mais enfin d'un surcroît de cette action organique intestine que nous ne connaissons que par ses effets, et qui ne paraît susceptible que de deux modifications primitives qui se multiplient à l'infini en raison de leur degré d'intensité, de la nature des tissus et de l'idiosyncrasie?

HYPOCHONDRE, s. m., *hypochondrium;* nom donné aux parties latérales de la région épigastrique, parce qu'elles correspondent au contour cartilagineux des côtes, qui les borne et les couvre dans presque toute leur étendue.

Les organes contenus dans l'hypochondre droit sont : le grand lobe du foie, la vésicule du fiel et une partie de l'intestin colon. On trouve dans le gauche, la rate et la grosse tubérosité de l'estomac, avec une portion de l'épiploon et du pancréas.

L'hypochondre gauche a un peu moins de capacité que le droit, parce que la voûte du diaphragme présente moins d'élévation de ce côté. Il résulte de cette disposition que l'hypochondre droit est plus relevé que le gauche, circonstance qu'il importe de ne point perdre de vue quand on explore cette partie de l'abdomen.

L'exploration attentive des hypochondres est fortement recommandée par Hippocrate, qui parle sans cesse du resserrement, de l'élévation, du gonflement, de la chaleur, de la sensibilité des hypochondres, et qui leur trouve presque une modification spéciale dans chaque maladie. D'où vient qu'aujourd'hui on parle à peine de cette source si précieuse de signes pronostiques pour les anciens? Cela vient-il de ce qu'on néglige plus qu'ils ne le faisaient d'examiner attentivement la poitrine et l'abdomen? Ce qu'il y a de certain, c'est que la prudence fait une loi au médecin de visiter ses malades de la tête aux pieds, dans la plupart des cas; et il serait à désirer qu'il pût le faire toujours. Plus d'une femme est victime de sa pudeur; plus d'un médecin a commis de graves erreurs par négligence ou par excès de réserve. C'est surtout dans les maladies présumées du foie et de l'estomac, ainsi que dans celles de la poi-

trine, qu'il convient d'explorer avec soin les hypochondres. Il ne suffit pas de les regarder ; il faut les comparer l'un à l'autre, presser sur les deux, afin de chercher à s'assurer s'il n'y a point sous eux quelques parties douloureuses, et voir enfin si, par le développement excessif du foie ou le gonflement de l'estomac, le droit ou le gauche ne sont pas ordinairement soulevés. Mais comme le foie peut être porté en avant et en haut sans être malade, comme une tumeur qui n'appartient pas à l'estomac peut soulever l'hypochondre, il ne faut jamais se borner à un seul examen, toujours incertain et souvent trompeur. Le signe le plus remarquable que les hypochondres puissent fournir, c'est que de la chaleur, des picotemens et un sentiment de bouillonnement dans ces parties dénotent un accès prochain d'hémoptysie.

HYPOCHONDRIE, s. f., *hypochondriasis*, *morbus hypochondriacus*, *malum hypochondriacum*; maladie ordinairement chronique, caractérisée par un assemblage ou une succession de symptômes variés et disparates qui se font remarquer principalement dans les fonctions cérébrales et gastriques ; maladie dont la nature et le siége ont été dans ces derniers temps le sujet de discussions importantes, et sur laquelle il reste encore des recherches à faire. De tous les auteurs qui l'ont décrite, Louyer-Villermay est celui à qui on en doit la meilleure description ; mais tandis que les symptômes relatifs à l'état de l'appareil digestif ont plus particulièrement frappé son attention, Georget a principalement dirigé la sienne sur ceux qui dénotent une affection de l'encéphale. D'accord avec Louyer-Villermay sur le siége principal du mal, Broussais diffère d'opinion avec lui sur la nature de l'hypochondrie, dans laquelle il ne voit qu'une phlegmasie gastrique avec influence sympathique sur les nerfs ganglionnaires et le cerveau, tandis que Villermay croit voir, d'une part, une atonie des viscères de la digestion, et de l'autre, une irritation nerveuse dont il ne détermine pas précisément le siége. Pinel avait placé cette maladie parmi les névroses cérébrales; Georget n'aurait pas dû l'oublier.

Villermay divise l'histoire de l'hypochondrie en trois époques; dans la première, l'état morbide est borné aux viscères abdominaux ; dans la seconde, il s'étend aux organes qui sympathisent avec ces viscères; dans la troisième, il envahit le cerveau et les dépendances de l'encéphale.

L'invasion de l'hypochondrie est rarement subite; le plus souvent le mal ne s'établit que peu à peu. Le trouble des fonctions digestives, accompagné d'un sentiment de malaise, dit Villermay, en devient la première annonce. Sur un nombre

considérable de personnes qu'il a observées depuis vingt ans, à peine en a-t-il rencontré trois ou quatre qui n'aient offert d'une manière sensible ce désordre primitif de l'estomac et des intestins, ou des organes qui coopèrent à la digestion. Cette assertion d'un bon observateur est remarquable, et ne doit pas être perdue de vue. Elle établit en quelque sorte deux espèces d'hypochondrie : l'une plus commune, débutant par des symptômes abdominaux, l'autre, beaucoup plus rare, débutant sans ces symptômes.

Un sentiment de gêne, de plénitude, de pesanteur à l'épigastre après le repas, tension, gonflemens incommodes vers cette région et aux hypochondres; des borborygmes, des flatuosités, des rapports acides, des bâillemens; une langue souvent muqueuse à jeun, une bouche pâteuse, parfois amère; quelquefois des hoquets permanens, une salivation, une sorte de rumination qui provoque la sortie de mucosités fades ou acides, souvent très-abondantes; des vomissemens, ordinairement de matières muqueuses, plus rarement alimentaires; la diminution, les variations ou l'abolition de l'appétit; des alternatives de faim très-vive et d'anorexie; des digestions pénibles, lors même que l'appétit se conserve et que les alimens sont pris avec plaisir; ou bien dégoût pour les alimens, et néanmoins digestion facile de ceux que l'on prend; quelquefois désir de substances non alibiles ou d'alimens de mauvaise qualité; d'autres fois boulimie, voracité extrême; rarement de la soif; haleine altérée, aigre chez certains sujets, surtout le matin; accroissement, retour plus fréquent des borborygmes; douleur dans l'estomac et les intestins avant l'expulsion des gaz; soulagement passager après cette expulsion, d'où les malades concluent qu'ils n'ont d'autre cause de mal que la présence de ces gaz dans leurs viscères; chaleurs, douleurs vagues, obtuses ou lancinantes, dans diverses parties du corps, qu'ils attribuent à la même cause, et que la pression de l'abdomen soulage quelquefois; palpitations à l'épigastre, à l'hypochondre gauche; le plus ordinairement constipation habituelle très-opiniâtre, quelquefois avec retour de coliques et de diarrhée, qui est suivie de soulagement quand elle dure peu; urine quelquefois abondante et très-liquide : tels sont les phénomènes du premier degré de l'hypochondrie, selon Villermay.

Le second degré est caractérisé par un sentiment de constriction dans la poitrine, une toux petite, sèche ou férine; de l'oppression, de la gêne dans la respiration; palpitations plus fortes, diminuant dans les exercices du corps; irrégularité ou intermittence des battemens du cœur, d'où des syncopes plus ou moins multipliées; inégalité du pouls aux deux bras, suspension même à l'un des deux; en général grande irrégularité

momentanée, mais peu de fréquence du pouls; sentiment peu intense de constriction au larynx, semblant venir de l'estomac; quelquefois teint jaune, souvent aucun trouble dans la physionomie, au point que rien n'annonce le dérangement de la santé, auquel on a peine à croire. Déjà à cette époque de la maladie les sujets se plaignent de douleurs gravatives à la tête, d'étourdissemens, de bourdonnemens, de sifflemens d'oreilles, d'une sensibilité excessive du derme chevelu, de douleurs dans les membres, dans les articulations, de chaleurs vagues, de sueurs erratiques, d'alternatives de froid et de chaleur, de frisson et de sueur, d'éprouver un sentiment de fourmillement, de reptation, d'ondulation, semblable à celui qu'occasionerait le mouvement d'un insecte, d'un reptile, d'un liquide; des engourdissemens, des tremblemens, une faiblesse générale, des crampes, des soubresauts dans les muscles, des mouvemens d'une boule qui remonterait dans le gosier, des resserremens dans la poitrine, des étouffemens, des palpitations artérielles dans des parties du corps où les artères sont très-peu volumineuses. A quoi il faut joindre une excessive susceptibilité des organes des sens, qui fait que le froid le moins intense, la chaleur la moins élevée, la plus légère contrariété, leur semblent insupportables, les jettent dans un malaise, une anxiété, une vague incertitude, un découragement, un abattement et un sentiment douloureux de nullité indéfinissable. En un mot, il se manifeste une foule de symptômes, tantôt dans une partie du corps, tantôt dans une autre, qui, s'ils étaient permanens, indiqueraient une lésion profonde de l'organe qui en est le siége; ces symptômes se succèdent avec rapidité, se manifestent aujourd'hui à la poitrine, demain au bas-ventre, le matin à la tête, le soir dans les membres. L'hypochondriaque reconnaît pour l'ordinaire l'excès de sensibilité dont il est doué, il s'en plaint avec amertume, et quelquefois même en fait une sorte de parade, surtout chez les femmes; il prévoit les changemens atmosphériques par l'apparition de ses paroxysmes; le temps humide et froid, l'excès de chaleur, le vent du sud-est augmentent ses souffrances; il en est qui, quoique le vent vienne du nord ou du nord-est, et que le temps soit le plus calme, n'en sont pas moins affectés. Dans le moment où leur susceptibilité est portée au plus haut degré, ils ont de l'éloignement pour le coït, tandis que le plus souvent ils s'y livrent avec ardeur dans les instans où ils n'éprouvent aucun symptôme d'hypochondrie. Quand la maladie est encore peu intense, elle ne trouble guère le sommeil, qui parfois est recherché avec avidité par l'hypochondriaque, parce qu'il y trouve l'oubli de son malaise. C'est au contraire pour quelques-uns l'instant d'un nouveau tourment; des rêves bizarres et souvent affreux les poursuivent;

ils se réveillent, se sentant éveillés par des bourdonnemens, des sifflemens, par l'idée d'avoir entendu une forte détonation, un tintement; le cauchemar est très-fréquent chez les hypochondriaques, de même que le somnambulisme.

On voit que, dès le premier degré de la maladie, il y a déjà quelques symptômes cérébraux, lors même que la maladie débute par des symptômes gastriques; les symptômes cérébraux sont en assez grand nombre et déjà intenses dans le deuxième degré : ce sont eux qui prédominent dans le troisième : les hallucinations se multiplient, la sensibilité s'exaspère de plus en plus, la lumière devient difficile à supporter; il y a des illusions d'optique, des vertiges, des cécites et des surdités passagères. Une faible odeur donne de la céphalalgie; on recherche les substances insipides ou d'un goût désagréable : toutes les sensations douloureuses qu'on éprouvait dans diverses parties du corps deviennent plus vives, plus insupportables; le caractère change; l'homme de l'humeur la plus égale, la plus gaie, devient triste et mécontent; la voix d'une personne qu'il aime lui devient désagréable à entendre, la plus légère objection l'irrite au plus haut degré, l'attente la moins prolongée lui est insupportable, l'injustice la plus légère lui fait haïr l'espèce humaine; tout lui inspire de la défiance; les idées d'amitié et d'amour ne se présentent plus à lui qu'entourées de celles de trahison et d'infidélité; l'égoïsme parvient chez lui à son dernier période; il voudrait punir le genre humain de l'absence du bonheur qui le fuit. Il déplore la perte de ses facultés intellectuelles, et se croit arrivé à l'époque d'une sorte de dégradation sous ce rapport. On le voit redouter de tomber en apoplexie ou en paralysie, de devenir fou ou imbécille; il redoute tour à tour une foule de maladies, ou s'imagine être sous l'influence d'une des plus meurtrières; il est, dit-il, affecté de scorbut, de syphilis invétérée, son sang est âcre et tourné. Il sent si vivement, que pour peindre ses souffrances il se sert du langage le plus hyperbolique. Cherchant partout des secours, il consulte les charlatans, les garde-malades, les gens officieux qui se mêlent de guérir; il lit avec une sorte d'acharnement des livres de médecine, croit y reconnaître tous les symptômes qu'il éprouve, être affecté de toutes les maladies dont le portrait se trouve tracé : ces livres lui fournissent des formules qu'il ne craint pas de s'appliquer, tantôt avec un grand succès apparent ou passager, d'autres fois avec un redoublement fâcheux de tout ce qu'il éprouve. Le malaise, l'ennui, le dégoût de tout plaisir qui poursuivent l'hypochondriaque, lui font désirer la fin de sa vie en même temps qu'il craint de la voir finir, et il se l'arracherait si elle n'était pas ce à quoi il tient davantage, comme un amant fanatique tient à une maî-

tresse qui fait le tourment de ses jours. Un léger degré de délire se joint parfois aux phénomènes que nous venons de décrire; l'un croit que sous peu de temps il mourra, et prépare son inhumation; l'autre n'ose marcher, respirer, mâcher, avaler, ou plutôt se croit incapable de ces actes.

L'hypochondriaque exige de son médecin de longues explications sur la cause prochaine de chacun des symptômes qu'il éprouve; il discute avec lui, veut lui imposer ses théories, lui propose ses vues sur le traitement, exige qu'il lui rende compte des motifs de ses prescriptions, entre dans les détails les plus minutieux sur la manière de préparer et de prendre les médicamens qui lui sont prescrits, sur le choix des alimens qu'il peut se permettre, et des exercices auxquels il peut se livrer. Il s'étudie avec attention, s'explore à chaque instant, tousse pour savoir si sa poitrine est en bon état, crache pour s'assurer qu'il n'a point de vaisseaux rompus, conserve et examine attentivement ses garde-robes et ses urines.

Tel est l'hypochondrie dans ses commencemens et lorsqu'elle est parvenue à un haut degré d'intensité. On ne saurait trop louer le soin avec lequel Louyer-Villermay a rassemblé cette foule de symptômes, et cherché à en retracer le développement progressif, et la manière dont une série de symptômes succède à une autre série. Mais tandis qu'il regarde les phénomènes gastriques comme primitifs, et l'affection de l'appareil digestif comme une source des désordres de l'intellect, Georget pense au contraire que l'excessive irritabilité, l'exaltation que l'on remarque dans les sens, le changement d'humeur, les appréhensions, les spasmes, le trouble des idées dénotent une affection cérébrale primitive, dont les symptômes gastriques ne sont que les effets sympathiques. Suivant lui, les phénomènes provenant d'un excès d'excitation du cerveau sont les plus nombreux, les plus intenses, ceux qui se montrent les premiers, qui l'emportent toujours sur les autres, et les plus constans; on voit des hypochondriaques qui offrent des signes de dérangement dans la respiration, tandis que les digestions sont parfaitement ce qu'elles doivent être, tandis que jamais on n'en voit qui soient sans excès de sensibilité, sans désordres dans les sens, dans l'imagination, sans craintes puériles, en un mot, sans ce qu'on appelle symptômes nerveux, ce qui annonce, suivant lui, une *cérébropathie*, c'est-à-dire une maladie du cerveau.

Il est certain que les symptômes abdominaux n'ont pas toujours lieu, qu'ils ne se manifestent pas toujours au début de l'hypocondrie; Louyer-Villermay en convient avec franchise. Que répondre à cet habile observateur, lorsqu'il proclame affirmativement l'extrême rareté de ces cas? D'un autre côté,

on ne peut contester à Georget qu'il y a toujours exaltation, trouble, direction vicieuse des facultés intellectuelles et affectives dans l'hypochondrie, et que par conséquent le cerveau est constamment lésé dans cette maladie. Il faut encore lui accorder que, dans quelques cas, les symptômes qui se manifestent les premiers sont ceux qui semblent annoncer une lésion de la poitrine, du cœur ou des poumons. Par conséquent, à moins de supposer que tout symptôme cérébral d'hypochondrie est idiopathique, que tout symptôme thoracique ou abdominal est au contraire sympathique, dans cette maladie, et que le cerveau est lésé, même dès le moment où elle débute par des phénomènes gastriques ou pulmonaires sans mélange de phénomènes cérébraux directs, on doit reconnaître que l'hypochondrie est une maladie qui débute tantôt par les viscères de l'abdomen, tantôt et plus rarement par ceux de la poitrine, et qui s'étend, dans l'un et l'autre cas, à l'encéphale; il faut reconnaître qu'elle ne revêt le caractère propre à l'hypochondrie que quand les phénomènes cérébraux directs se manifestent; mais on a droit de demander si l'état morbide cérébral qui produit les phénomènes décidemment caractéristiques de cette maladie n'est pas lui-même quelquefois primitif, et de faire remarquer que, malgré la division de l'hypochondrie en trois périodes, on voit dans le tableau tracé par Villermay les phénomènes cérébraux percer dès le commencement. Or, nous croyons que, chez un sujet dont les viscères sont en bon état, les phénomènes les plus caractéristiques de l'hypochondrie peuvent se développer sans que l'estomac, le cœur ou le poumon soit lésé, au moins dans les premiers temps; nous croyons qu'une surexcitation cérébrale peut donner la conscience douloureuse de désordres qui n'existent pas dans les viscères, ou qui sont très-peu intenses, qu'elle peut créer des douleurs à l'occasion des impressions normales qui lui proviennent des viscères. La difficulté consiste donc à distinguer, quand l'hypochondrie débute par des symptômes abdominaux ou pectoraux, si déjà il y a surexcitation cérébrale. Or, comment arriver à cette connaissance quand la surexcitation ne se prononce par aucun signe direct? Disons d'abord que l'on méconnaît trop souvent la valeur de quelques signes peu intenses d'excitation insolite du cerveau, lesquels précèdent le plus souvent ceux de l'irritation de la poitrine ou du bas-ventre, et ensuite qu'en analysant avec soin les causes et l'état antérieur des voies gastriques ou de la poitrine avant l'invasion de la maladie, on se met sur la voie de découvrir l'affection primitive. Vainement on espérerait en effet démêler l'enchaînement des irritations dans les maladies qui envahissent plusieurs organes, si l'on ne remonte à la série d'impressions morbifiques et de transmissions qui ont eu lieu depuis

le moment où la cause a agi jusqu'à celui où l'affection s'est déclarée. Nous croyons qu'on peut conclure de là que dans l'hypochondrie il y a : 1°. le plus souvent affection du cerveau, puis de l'estomac ordinairement, ou de la poitrine plus rarement; 2°. fréquemment affection de l'estomac, puis du cerveau; 3°. quelquefois affection de la poitrine et ensuite du cerveau. L'étude des causes viendra à l'appui de cette proposition.

Il reste à déterminer la nature de la modification morbide que subissent le cerveau, l'estomac, le poumon, le cœur, etc. dans l'hypochondrie. Georget dit simplement qu'il y a *cérébropathie*, c'est-à-dire que le cerveau est *malade*, et il croit ainsi échapper au reproche dirigé contre les médecins qu'on accuse de ne voir partout qu'*irritation*, comme si eux et lui n'étaient pas également exclusifs. Louyer-Villermay pense que l'appareil digestif est dans l'atonie, et le système nerveux irrité. Aujourd'hui que les signes de l'irritation gastrique chronique sont bien connus, comme on les retrouve tous dans les phénomènes abdominaux de l'hypochondrie, il est évident que dans cette maladie l'estomac et l'intestin grêle sont irrités.

Broussais, qui ne voit dans l'hypochondrie qu'une gastrite chronique lançant des irradiations tumultueuses et pénibles sur le cerveau et sur les autres organes, et troublant ainsi leurs fonctions, la range par conséquent parmi les inflammations de longue durée, de telle sorte que pour lui, comme pour Louyer-Villermay, les troubles des sens, de l'imagination et des affections ne sont que des effets sympathiques; il croit seulement que le cerveau est secondairement irrité au faible degré qui a lieu dans toute affection deutéropathique.

Si Broussais comprend sous le nom de gastrite toutes les nuances de l'irritation primitive ou secondaire de l'estomac, depuis la plus légère jusqu'à la plus intense, si l'une et l'autre sont pour lui des inflammations, il a raison de dire que l'hypochondrie n'est qu'une inflammation, qu'une gastrite chronique; il devrait seulement rechercher à quel degré est l'irritation dans le début de cette maladie, et à quel degré elle parvient peu à peu. Or, c'est ce qu'il n'a pas fait, et ce qu'il importe de faire. Il n'a pas recherché si, dans certains cas, l'irritation du cerveau l'emporte en intensité sur celle de l'estomac, et si celle-ci n'en est pas quelquefois seulement l'effet sympathique. Il est dans l'usage de n'emprunter à ses contemporains que ce dont il espère faire sa propriété exclusive : ainsi en blâmant Villermay d'avoir cru à l'atonie de l'estomac dans l'hypochondrie, il ne lui sait aucun gré d'avoir connu toute l'influence que joue ce viscère dans cette maladie. Pour peu qu'on réfléchisse au peu de durée des premiers accès d'hypochondrie, aux

longs intervalles qui les séparent d'abord, au long temps qui s'écoule pour l'ordinaire avant que l'estomac, le poumon, le cœur, ne donnent des signes d'affection profonde, enfin à cette circonstance importante que l'hypochondrie arrive rarement au degré qui constitue la monomanie, la manie ou la démence, et l'on sera convaincu que l'hypochondrie est, au moins à son début, et plus ou moins long-temps après son invasion, selon les sujets et les causes, sinon une inflammation, dans le sens qu'on donne à cette expression, au moins généralement une légère irritation encéphalo-gastrique, encéphalo-abdominale et encéphalo-thoracique. Si nous plaçons d'abord le nom du cerveau, c'est qu'il n'y a pas d'hypochondrie sans irritation cérébrale; si nous disons encéphalo-abdominale, c'est que l'irritation cérébrale ou gastrique irradie le plus ordinairement sur la plupart des viscères de l'abdomen. Nous en disons autant de ceux du thorax. Il en est de l'irritation de l'estomac ou du cerveau, dans l'hypochondrie, comme de celles des articulations dans la goutte, et de celle des membres dans le rhumatisme, mais en sens inverse; car on voit survenir des douleurs dans les membres et dans les articulations chez les hypochondriaques, comme on voit des irritations encéphaliques, gastriques chez les goutteux et les rhumatisans. N'y a-t-il pas des cas où de graves praticiens sont fort embarrassés pour décider si la dyspepsie est due à l'hypochondrie, à la goutte ou au rhumatisme. L'histoire des irritations poly-organiques est encore au berceau : qu'on leur applique la méthode logique qui a révélé le siége et la nature des fièvres, et l'on verra qu'il y a entre les unes et les autres plus d'analogie qu'on ne le croyait; alors on ne s'étonnera plus de voir les *fièvres juger les névroses*.

Mais lorsque les accès d'hypochondrie se rapprochent, que les causes qui la produisent continuent à agir et se multiplient, ce n'est plus une simple irritation, surtout dans les voies digestives; l'estomac s'enflamme réellement, d'autres fois c'est le poumon, la plèvre, le péricarde; le cœur devient anévrismatique; le cerveau s'affecte plus profondément, et cependant on ne peut, dans l'état actuel de la science, dire jusqu'où va son irritation. Rien de moins avancé que l'anatomie pathologique, dans tout ce qui se rapporte à l'hypochondrie; les sujets ne périssent que plusieurs années après l'invasion de la maladie; dans cet intervalle de temps, il se manifeste des signes non équivoques de lésion profonde de l'estomac, du foie, du poumon, de la plèvre, du cœur, du péricarde; mais lorsqu'à l'ouverture des cadavres on en trouve des traces, on ne veut point admettre que ce soient celles de l'hypochondrie, on dit que ce sont celles d'une *maladie* qui est venue la compliquer. On fait ainsi deux maladies, du premier et du dernier degrés d'une

même affection; c'est ainsi qu'on semble s'être plu à créer une limite imaginaire entre les maladies aiguës et les maladies chroniques, entre les symptômes et les traces de ces dernières et même des premières.

Tandis que Georget, qui ne voit que le cerveau même dans l'indigestion et la fièvre inflammatoire, affaiblit les signes de l'irritation abdominale, tout en faisant d'ailleurs ressortir mieux qu'on ne l'avait fait les symptômes pectoraux, Louyer-Villermay retrace avec soin les progrès de l'hypochondrie, tout en ayant le tort de voir des complications dans le développement et l'extension d'une maladie qui devient, s'il est permis de s'exprimer ainsi, plus profonde et plus large sans changer de nature.

De ce que nous accordons que, dans les premiers temps de l'hypochondrie, les viscères ne sont pas irrités au degré de l'inflammation, nous ne prétendons pas qu'il n'en soit jamais ainsi, et encore moins croyons-nous que l'état morbide dont ils sont alors affectés ne soit qu'une névrose; car, qu'est-ce qu'une névrose de l'estomac, une névrose du cerveau? et ne faut-il pas, pour les névroses comme pour les inflammations et pour toutes les maladies, chercher le degré de l'action vitale? Il n'y a ni plus ni moins de névrose dans la gastro-céphalite avec symptômes d'hypochondrie, que dans la gastro-céphalite avec symptômes de fièvre gastro-ataxique.

Vouloir indiquer le moment où l'irritation des viscères devient inflammatoire dans l'hypochondrie, chercher à établir les caractères qui la distinguent des phlegmasies des organes abdominaux, ce serait vouloir prouver qu'une maladie peu intense est une névrose, que la même maladie plus intense est une phlegmasie, et que l'on peut à l'œil nu distinguer où finissent les filets nerveux, où commencent les vaisseaux sanguins. De ce qu'on a donné le nom d'inflammation à un certain degré de l'irritation, il est peu sage de vouloir toujours que l'on assigne les signes particuliers à ce degré. C'est vouloir asservir la science à des mots, au lieu d'en faire le tableau de la nature, où toutes les transitions sont douces. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'après un temps plus ou moins long les viscères subissent une véritable inflammation dans l'hypochondrie, et qu'on voit survenir des symptômes tellement intenses, qu'il n'est plus permis de méconnaître la nature de la maladie chronique de l'estomac, du poumon, du foie, de la rate; chez les femmes la matrice s'affecte, les règles cessent de couler, souvent l'organe devient fibreux dans la plus grande partie de son tissu. Mais, ainsi que le fait judicieusement remarquer Louyer-Villermay, on se tromperait beaucoup en croyant que l'hypochondrie parcourt constamment ses différens stades; sou-

vent elle n'offre qu'une très-petite partie des phénomènes du premier degré, d'autres fois elle ne parvient qu'au second, rarement atteint-elle le troisième. Plusieurs auteurs, ajoute-t-il, paraissent, dans l'exposition qu'ils nous ont transmise des accidens propres à l'hypochondrie, en avoir oublié les nuances, les nombreuses anomalies et les degrés, pour offrir de cette maladie un tableau toujours très-effrayant. Beaucoup de personnes qui ont eu le malheur de lire ces ouvrages, en ont reçu une impression très-préjudiciable; elles en ont parcouru la description dans ces écrivains, et se sont persuadées qu'une fois atteintes par elle, elles en éprouveraient successivement tous les différens stades, jusqu'à la terminaison la plus funeste. Cette remarque est d'un observateur très-attentif; on lui doit encore celle-ci, que l'hypochondrie, plus que toute autre maladie, peut être variée en raison d'une foule de circonstances de toute espèce auxquelles les malades se trouvent soumis, et que parfois on la voit diminuer, cesser même pendant long-temps, au point de la croire guérie, jusqu'à ce qu'un écart de régime ou un chagrin quelconque vienne la faire reparaître, non moins pénible qu'auparavant.

Les hypochondriaques sont sujets pour la plupart aux hémorrhoïdes; chez certains elles ne paraissent que plus ou moins de temps après l'invasion de l'hypochondrie; chez d'autres elles la précèdent; quelques-uns sont soulagés quand les hémorrhoïdes paraissent, et se trouvent fort mal lorsqu'elles se dissipent; chez quelques autres ces deux maux marchent de concert, et cessent ou renaissent sans paraître exercer aucune influence l'un sur l'autre. On peut en dire autant des règles, dont la suppression accidentelle est très-rarement la cause de l'hypochondrie, tandis que fort souvent leur cessation, à l'âge de retour, est accompagnée de cet état morbide.

Il est à remarquer que, selon quelques observateurs, entr'autres Reil, les hypochondriaques voient cesser leur maladie quand ils en contractent une autre, ce qui n'a rien d'étonnant; mais ce qui l'est peut-être davantage, c'est que les hypochondriaques sont moins sujets que d'autres à contracter les maladies épidémiques. Ne faut-il pas attribuer cette prérogative à cette circonstance que, chez eux, l'encéphale et les voies digestives étant déjà lésées par l'action de causes puissantes, ils sont moins accessibles à celle d'autres causes morbifiques, parce que leur idiosyncrasie les prédispose à des irritations fugaces, irrégulières, chroniques, et non à des irritations tenaces, permanentes, aiguës et vraiment inflammatoires, comme toutes celles qui constituent les épidémies.

Comme la phthisie, l'hypochondrie suspend son cours dans l'état de grossesse; la surexcitation de l'appareil génital agit

alors à la manière d'un puissant révulsif; l'action vitale, toute dirigée vers un travail si important, ne s'éparpille plus, tantôt sur un viscère, tantôt sur un autre, sous l'influence d'un cerveau préoccupé d'idées pénibles et plus sensible qu'à l'ordinaire.

Ce qu'on a dit de la terminaison de l'hypochondrie par des crises, c'est-à-dire des évacuations, par une conversion en d'autres maladies, n'est rien autre que trop d'importance donnée à quelques cas où, à la suite de circonstances favorables, l'irritation cérébrale ayant cessé, celle de l'appareil digestif est devenue moindre, ce qui a permis aux organes sécréteurs de reprendre leur action.

On s'est attaché à distinguer l'hypochondrie de la mélancolie ou monomanie; elle en diffère en ce que les idées et les craintes de l'hypochondriaque roulent sur tout ce qui l'entoure, tandis que l'attention du monomane se dirige sur un seul point; il est fort aisé de discerner les légères aberrations de l'hypochondriaque du délire prononcé, plus furieux que triste, du monomaniaque. On ne peut confondre cette affection avec les autres folies, mais c'est certainement une variété de ce qu'on appelle aliénation mentale : l'hypochondriaque est un fou qui connaît son mal, veut guérir, et n'y parvient pas.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des symptômes, du siége, de la nature, de la marche et de la terminaison de l'hypochondrie; occupons-nous des causes, qui vont nous fournir de nouveaux argumens en faveur des opinions que nous avons émises.

L'hypochondrie se déclare de vingt à soixante ans; passé cet âge, les symptômes jusque-là si mobiles et si variables, semblent faire place à ceux qui annoncent que les viscères, longtemps irrités, ont subi une altération permanente et plus ou moins profonde. Les hommes sont plus enclins à l'hypochondrie que les femmes; l'époque de la vie où celles-ci en sont plus souvent atteintes, est l'âge de retour. Les personnes chez lesquelles il y a souvent de la pléthore, et dont le cerveau est très-irritable, y sont prédisposées; plus encore celles chez lesquelles l'appareil hépatique prédomine. Les pays chauds, les pays froids et humides, comptent beaucoup d'hypochondriaques, mais seulement quand les conditions qui occasionent de vives commotions intellectuelles et affectives s'y trouvent rassemblées. L'inaction musculaire, la suractivité habituelle et forcée du cerveau, les excès dans le boire, le manger et le coït, toutes les causes susceptibles d'accroître la sensibilité, d'exciter l'imagination, de provoquer le moral à des efforts contre des attaques de tous les momens, en un mot les tracasseries, plus encore que les chagrins profonds, telles sont les causes les plus puissantes de l'hypochondrie. L'inaction mus-

culaire et la suraction du cerveau, mêlées de quelques contrariétés, suffisent pour la produire, quelles que soient d'ailleurs les autres conditions au milieu desquelles on se trouve placé. Si l'abus des alimens succulens et des boissons stimulantes, les excès de table en un mot, ajoutent singulièrement à l'empire de ces causes, ainsi qu'on ne peut le nier, il faut avouer avec Georget que jamais les orgies crapuleuses de la populace ne la jettent dans l'hypochondrie; ce sont donc principalement les causes qui agissent sur l'encéphale qui la produisent, et ces causes doivent être considérées comme la condition *sine quâ non* de son développement; c'est là un très-fort argument contre Louyer-Villermay, qui pense que la lésion cérébrale n'est jamais essentielle dans l'hypochondrie. Avouons toutefois que, chez quelques sujets, le cerveau n'aurait jamais été affecté comme il l'est dans cette maladie, même par l'action de causes intellectuelles ou affectives puissantes, si sa susceptibilité n'avait été augmentée par un état habituel et souvent répété de surexcitation gastrique. Les vomitifs, les purgatifs, les astringens, en un mot tous les agens susceptibles d'irriter les voies digestives, sont, comme les excès de table, susceptibles de déterminer l'hypochondrie. On pourrait résumer le tableau des causes de cette maladie, en disant qu'elle est principalement l'effet de toutes les circonstances qui surexcitent le cerveau, qui le placent fréquemment entre deux tendances opposées, et accessoirement de celles qui surexcitent les voies digestives. Ses causes sont donc les mêmes que celles de la gastro-encéphalite aiguë. Nous pensons qu'on n'a pas fait assez remarquer que la position pénible où se trouve une personne placée entre deux tendances intellectuelles ou morales quelconques, est la plus favorable à la production de l'hypochondrie, et peut-être la seule qui puisse la faire éclore. C'est surtout là ce qui explique pourquoi elle sévit de préférence sur les hommes de lettres, les hommes livrés à des travaux assidus de cabinet, les poètes, et ce qu'on n'a pas dit, sur les critiques, sur les publicistes voués à l'opposition, sur les hommes d'état chargés de les combattre. Chez les musiciens passionnés, l'hypochondrie est le résultat d'une excitation habituelle de l'organe cérébral, la plus vive de toutes celles que cet organe puisse recevoir, celle du son de la voix et des instrumens.

La médecine doit être pour ainsi dire comptée au nombre des causes de l'hypochondrie; chez quelques-uns, cette maladie se développe par la seule influence de la lecture des livres de médecine; chez presque tous, cette lecture devient un besoin, dont la satisfaction l'aggrave; lorsqu'on voit une personne, qui d'ailleurs jouit d'une bonne santé et se trouve dans les circonstances les plus heureuses de la vie, se livrer à une pareille lec-

ture, on peut prédire qu'à la première indisposition prolongée, à la première infortune qu'elle éprouvera, elle deviendra hypochondriaque. Nous avons connu des hypochondriaques qui sont parvenus à guérir complétement en s'abstenant uniquement de la lecture de ces misérables rapsodies publiées dans l'intention de populariser la médecine.

Il ne faut pas se lasser de le répéter : aussi long-temps que le siége et la nature d'une maladie sont mal connus, elle est mal envisagée, et mal traitée par conséquent; c'est aussi ce qui arrive encore lorsqu'on néglige d'avoir égard aux époques de l'affection; un routinier prescrit un médicament dans un cas où la maladie est au premier degré et sur le point de cesser par un heureux changement dans la situation du malade; celui-ci recouvre la santé, on fait honneur de son rétablissement à un remède, qui non-seulement a été inutile, mais encore qui serait devenu nuisible dans tout autre cas.

Dans l'hypochondrie, comme dans toutes les maladies, le plus important est d'arriver lorsque l'affection est encore récente, et d'avoir affaire à un malade qui puisse et qui veuille s'assujétir à tout ce qu'on lui prescrit. Nous disons qui *veuille*, parce que chez ceux qui le peuvent le plus facilement en raison de leur fortune et de leur indépendance, on trouve fort souvent beaucoup d'opposition, des préventions contre la médecine, ou contre les médecins, de la confiance qu'il accorde à son bouquin médical favori, à l'expérience des commères, à celle des charlatans. C'est ici que le médecin a besoin de pénétrer dans l'esprit et le cœur du malade avec le langage de la persuasion et une certaine fermeté qui lui impose. Ici point de préceptes généraux, le talent de capter la confiance absolue d'un malade est dans le caractère et les lumières naturelles du médecin; cela ne peut s'apprendre dans les livres. Aussi long-temps que la maladie ne revient que par accès, dans l'intervalle desquels le sujet se porte fort bien, ou du moins n'offre aucun signe de désorganisation ou seulement de lésion profonde d'un viscère important, on a l'espoir d'améliorer, sinon de guérir complétement, la maladie. En général, il ne faut pas s'aveugler sur le succès dans une telle affection, qui vient à pas long-temps inaperçus, et pour laquelle on ne consulte ordinairement que fort tard. Il en est au reste de l'hypochondrie comme de toutes les maladies chroniques, plus on leur permet d'étendre leur empire et de creuser pour ainsi dire dans l'organisme, plus il devient difficile de les guérir. En général, une hypochondrie dont les accès sont très-voisins les uns des autres n'est plus guère curable, excepté dans quelques cas où le malade est jeune, encore dans le cas de jouir des plaisir des sens, et doué de cet heureux naturel qui rend susceptible d'éprouver

les plaisirs du cœur et de l'esprit. Si Tissot a déclaré que l'hypochondrie n'était guère suceptible de guérison, c'est qu'en effet cette maladie ne guérit pas souvent, et moius encore dans les pays où l'uniformité des mœurs ne procure que peu de distraction, et laisse sentir tout le poids si accablant des vides du cœur humain. Ce n'est pas parce que l'hypochondrie se complique qu'elle devient difficile à guérir, nous avons dit plus haut ce qu'il faut penser de cette prétendue complication, mais bien parce que l'hypochondrie près de passer au troisième degré n'est plus considérée comme une maladie de l'esprit, et qu'alors on s'acharne à prodiguer des drogues, au moment où il faudrait précisément n'en donner aucune.

La première cause de l'hypochondrie consiste dans une foule de circonstances qui agissent incessamment sur l'homme, et qui l'irritent en sens contraire à chaque instant; si on veut réellement tout faire pour la guérison du malade, il faut changer complétement celles de ces circonstances qui sont nuisibles. Si des obstacles invincibles s'y opposent, le succès du traitement est fort douteux.

Les consolations de la philosophie et de la religion, selon le caractère de la personne; un examen attentif et approfondi de ses maux, de leurs causes et de leurs suites, fait avec l'air de douceur et de vif intérêt qu'inspire toujours une maladie qui empoisonne souvent les plus belles années de la vie; une série de sensations douces, mais agréables, variées avec soin, mais sans que le désir de distraire paraisse trop; de bonnes lectures, l'entretien de personnes instruites et d'un bon commerce : voilà pour le cerveau, considéré comme organe du sentiment et de la pensée. Le lavage fréquent de la peau, un exercice souvent poussé jusqu'à une fatigue qui n'ait rien de trop accablant; le travail des mains; la promenade à cheval, à pied; l'application d'un vésicatoire ou d'un cautère, dans le cas de suppression d'un exutoire, d'un exanthème, d'une dartre, etc., des sangsues quand il y a suppression des hémorrhoïdes ou des menstrues, et qu'il se manifeste de la pléthore et de l'irritation à l'anus ou à l'hypogastre: tels sont les moyens externes, auxquels on peut joindre les bains, que le malade ne redoute pas, et qui agissent comme de puissans dérivatifs, en diminuant d'autant la suractivité cérébrale. Que l'on réfléchisse bien qu'il faut parvenir à fixer l'attention du malade sur des objets qui rompent l'incohérence et le vagabondage d'une susceptibilité exaltée. S'il y a des signes d'un afflux marqué au cerveau, ce qui est assez peu commun, excepté lorsque les accès sont fréquens et très-prolongés, il ne faut négliger aucun des moyens antiphlogistiques dirigés contre l'inflammation des méninges et de l'encéphale, avec la seule

précaution d'user avec modération des émissions sanguines, parce qu'on est obligé d'y revenir souvent.

Lorsque l'hypochondrie est purement cérébrale, ces moyens si simples suffisent pour faire disparaître une maladie presque toujours peu profonde. Mais malheureusement les causes dites morales ne se bornent pas à diriger l'action cérébrale vers une série de sentimens pénibles, les viscères de l'abdomen et de la poitrine en ressentent l'influence. Ira-t-on, comme on l'a proposé, attaquer ces symptômes, qui tous annoncent de l'irritation, par les médicamens qui stimulent les organes, non d'une manière superficielle et passagère, mais d'une manière constante, prompte et durable? Faut-il recourir au chocolat, au cachou, aux extraits de rhubarbe, de quinquina, de genièvre, aux boissons et aux teintures alcooliques, aux sirops et aux vins amers, aux martiaux, à la thériaque, au diascordium, à l'opium, au laudanum, au camphre, à l'éther, aux absorbans, aux vomitifs, aux purgatifs, en un mot à tous les stimulans sans exception, car il n'en est pas un seul qui n'ait été recommandé contre l'hypochondrie? Pour juger de la convenance de ces médicamens, nous n'invoquerons pas notre opinion sur la nature de la maladie qui nous occupe : on nous dirait qu'en voyant l'inflammation partout, on causerait la ruine des apothicaires, ou quelque chose d'équivalent; nous nous bornerons à faire remarquer que tous les moyens indistinctement soulagent pendant quelques instans, pendant quelques jours, ou même pendant un temps plus ou moins long, mais que le mal revient, parce qu'on n'en éloigne point les causes, parce qu'en stimulant ainsi à diverses reprises on donne il est vrai une suite de secousses qui agissent sur l'hypochondriaque comme un événement à l'aide duquel il est soustrait momentanément aux douleurs et aux idées qui le poursuivent, mais qu'en retour on voit survenir plus vîte ces prétendues complications contre lesquelles on avoue n'avoir point d'autres ressources que celles qui conviennent dans les phlegmasies chroniques. On renonce alors aux prétendus spasmodiques; la prétendue névrose a cessé, il s'agit d'une inflammation des voies digestives, pour l'ordinaire. Que faire donc pour guérir l'hypochondrie, pour en ralentir les progrès, pour adoucir le sort de ceux qui en sont affectés pour toujours? Ne voir en eux que des sujets doués d'une susceptibilité cérébrale et viscérale excessive, combattre les irritations cérébrales, gastriques, thoraciques et utérines, à mesure qu'elles se présentent, et pour peu qu'on les soupçonne, par les antiphlogistiques appropriés à chacune d'elles, avec la précaution de viser non-seulement à faire cesser l'irritation la plus vive par les émissions sanguines modérées et les adoucissans locaux, ex-

ternes et internes, mais encore à prévenir l'exaltation sympathique de l'action cérébrale par des bains de pieds chauds et sinapisés, en ayant le soin de ne point exciter trop de douleur. Le traitement de l'hypochondrie n'est donc autre que celui des irritations cérébrales et cérébro-gastriques chroniques, plus tous les soins qui plaisent au cœur et à l'esprit, les distractions, le travail manuel, en un mot la méthode que nous exposerons avec soin à l'article MANIE, car on voudrait en vain se dissimuler que l'hypochondrie est un léger degré de folie erratique. Cette pensée doit moins faire redouter cette maladie des gens de lettres et des savans, que les engager à quitter leurs travaux et à chercher des distractions dès qu'ils en éprouvent les premières atteintes, et non, comme ils le font alors trop souvent, s'isoler du monde, de leurs amis et même de leurs familles. Cet isolement les jette dans un abattement, une nullité qui est une véritable dégradation, dont on s'indigne moins, et dont on a la plus grande peine à sortir quand on y a persévéré pendant quelque temps. La volonté que l'on emploie pour s'éloigner ainsi de tout ce qui nous intéresse, suffirait, mieux dirigée, pour nous soustraire à l'empire du mauvais génie qui semble poursuivre l'hypochondriaque.

Dire que l'on doit s'attacher à combattre avec le plus grand soin l'irritation gastrique, quand elle existe dans l'hypochondrie, c'est dire que le régime doit être choisi d'après la nature de cette affection; mais dans l'hypochondrie qui n'offre encore que des accès peu intenses et éloignés, on aurait tort d'astreindre le malade à une diète sévère. A l'approche des accès, quand ils reviennent à des époques à peu près fixes, il est bon de faire quitter toute occupation intellectuelle au malade, de lui faire prendre de l'exercice, de lui prescrire l'usage d'alimens fort simples, sans autres boissons que de l'eau, de l'eau avec du lait, ou une eau acidule non saline. La constipation dont se plaignent les hypochondriaques cesse mieux par un régime végétal peu abondant et l'usage de l'eau pure, que par toute la puissance des laxatifs et des purgatifs; lorsqu'on veut recourir aux évacuans, les premiers doivent être préférés.

On trouve beaucoup d'hypochondriaques qui se plaignent de ne pouvoir se nourrir d'alimens fades et de boissons insipides sans voir augmenter leurs indispositions, leurs borborygmes et leurs douleurs; chez plusieurs, c'est l'effet de la prévention contre un régime si peu succulent; chez d'autres, cet effet n'est que momentané, et bientôt ils ont à se louer de leur persévérance. Chez quelques-uns, ces moyens sont sans vertu, et les toniques procurent seuls du soulagement: c'est un fort mauvais signe, qui annonce que les tissus des voies digestives sont lésés profondément, et que leur action ne peut plus être rappe-

lée que par des moyens irritans; car il ne faut pas qu'on oublie que la lenteur avec laquelle un organe répond à un stimulant, pour avoir été trop souvent stimulé, est le résultat d'une modification profonde dans la texture de cet organe, et non de la faiblesse, comme on le prétend encore trop généralement : la preuve, c'est que dans ces estomacs que l'on dit être froids, c'est-à-dire peu sensibles, le vin généreux excite une sensation de chaleur supérieure à ce qu'on éprouve quand l'estomac est dans l'état normal : voilà ce à quoi les browniens n'ont pas fait attention, non plus que leurs nombreux sectateurs.

Entrer dans de plus grands détails sur le traitement de l'hypochondrie, ce serait anticiper ou revenir sur des détails qui sont mieux placés dans l'histoire du traitement de chacune des irritations organiques qui peuvent composer cette maladie, laquelle n'est pas plus générale ni plus nerveuse que la fièvre. Nous devons seulement ajouter que, chez l'hypochondriaque, il faut distinguer deux ordres d'irritations : 1°. les unes, celles du cerveau et de l'appareil digestif ordinairement, sont souvent permanentes; on peut y joindre également la surexcitation du cœur quand elle a lieu; il importe donc d'avoir égard à la persistance de ces irritations, soit de l'une, soit de l'autre, soit de toutes trois, et agir en conséquence sans se relâcher; 2°. les autres, fugaces, se montrent un instant et cessent l'instant d'après; tels sont la dyspnée, le hoquet, les douleurs dans les membres; contre celles-là les palliatifs suffisent; ce ne sont guère que des symptômes qu'on fait cesser en traitant les irritations fixes qui les occasionent sympathiquement. Ainsi, autant il paraît ridicule d'aller appliquer des sangsues à chacune des parties du corps d'un hypochondriaque qui se plaint un moment d'une douleur au genou, puis, trois minutes après, d'une douleur à la poitrine, puis d'une autre au col et ainsi de suite, autant il est peu rationnel de rester tranquille spectateur d'une irritation cérébrale habituelle qui ouvre la porte à toutes les stimulations pénibles, et d'une irritation gastrique qui, en stimulant douloureusement le cerveau, augmente en lui l'excitabilité déjà montée au degré où elle est une maladie. En général, nous avons remarqué que cette méthode, si peu active en apparence, a l'avantage d'arrêter le plus souvent les progrès de la maladie, surtout de celle des viscères. N'est-ce pas beaucoup faire que de resserrer dans un seul organe un mal incurable, mais alors peu dangereux pour la vie du sujet ?

On a cru trop long-temps que l'hypochondrie n'était qu'un mal imaginaire ; c'est un mal de l'imagination causé par des souffrances réelles, mais trop vivement ressenties par un cerveau trop sensible ; l'imagination, comme toutes les facultés

de l'homme, a un organe, il ne faut pas l'oublier. Puisque l'hypochondriaque souffre réellement, que le médecin se garde donc de lui contester le triste avantage de se plaindre de ses maux, et qu'il cherche seulement à obtenir de lui de la docilité et le désir de guérir en se conformant à tout ce qu'on lui prescrit.

HYPOCISTE, s. m., *cytinus hypocistus*; plante de la gynandrie dodécandrie, et de la famille des asaroïdes, qui a pour caractères : calice monophylle, tubuleux, campanulé, persistant, coloré et quadrilobé; corolle nulle; seize anthères sessiles, attachées au sommet de l'ovaire; un style à huit rayons; baie ovoïde, couronnée, coriace, et à huit loges polyspermes.

L'hypociste vit en parasite sur les racines des cistes ligneux, dans le midi de la France et dans les autres parties méridionales de l'Europe. On retire par expression, de ses baies, un suc très-astringent, qu'on fait épaissir jusqu'à consistance d'extrait solide, en l'exposant au soleil ou au feu. Lorsqu'il est bien pur, ce suc a une couleur noire, du brillant, et une saveur à la fois acide et austère. On le recommandait autrefois dans la dysenterie, les diarrhées, les hémorragies, et on le faisait entrer dans une foule de préparations pharmaceutiques magistrales. On ne s'en sert plus aujourd'hui, si ce n'est quelquefois dans les contrées méridionales de la France.

HYPOCOPHOSE, s. f., *hypocophosis*; dureté d'ouïe, premier degré de la surdité.

HYPOCRAS, s. m., *vinum hippocraticum*; mélange d'eau-de-vie et de vin de Madère dans lequel on fait macérer pendant quelques jours des amandes douces, de la canelle et du sucre, qu'on passe ensuite à la chausse, et qu'on parfume avec l'ambre et le musc.

C'est une liqueur excitante, dont on fait très-rarement usage aujourd'hui.

HYPOGASTRE, s. m., *hypogastrion*; non donné tantôt à la région hypogastrique toute entière, tantôt seulement à la partie moyenne de la région hypogastrique supérieure ou sus-pubienne.

L'exploration attentive et méthodique de l'hypogastre est d'une grande importance, surtout chez les femmes; nous ne parlons pas seulement des cas où l'on doit y procéder quand on soupçonne la grossesse ou une maladie de la vessie, mais encore des maladies aiguës, où l'on néglige trop de palper avec soin cette région. Toute sensibilité déterminée par la pression ne saurait être dédaignée, et exige en général l'application des sangsues, soit sur la partie dolente, soit à l'anus ou au périnée. Faute de cette exploration, on ne reconnaît pas que la rétention d'urine n'est pour l'ordinaire qu'une suppres-

sion de l'urine causée par une vive irritation du rein, qui se répète sur la vessie. Au moins en est-il ainsi dans beaucoup de ce qu'on appelle fièvres graves. Aucune partie des parois de l'abdomen ne doit être négligée du médecin appelé près d'un malade qui réclame ses soins. Combien il serait à désirer que, dans tous les cas, on pût examiner avec soin toutes les parties du corps. Un fait récemment arrivé prouve que ce souhait n'est que trop fondé. Une femme très-âgée est trouvée dans la stupeur et l'abattement, qui annoncent une apoplexie dont on a tout à redouter; le médecin porte la main sur le ventre de la malade, s'aperçoit qu'elle est affectée d'une hernie, la fait réduire, applique un bandage, et la malade revient au sentiment de son existence sans qu'elle se soit ressentie depuis de cette indisposition qui, au premier coup-d'œil, paraissait devoir devenir une maladie des plus redoutables.

HYPOGASTRIQUE, adj., *hypogastricus;* qui appartient ou qui a rapport à l'hypogastre.

L'*artère hypogastrique* est l'interne des deux branches dans lesquelles se partage l'iliaque primitive, à la hauteur de l'articulation du sacrum avec les os des îles. On lui donne aussi les noms d'iliaque interne et d'iliaque postérieure. Elle se prolonge dans la partie latérale et postérieure de l'excavation du petit bassin, le long de la symphyse sacro-iliaque. A un pouce environ de son origine, elle produit plusieurs branches qui se portent aux divers organes contenus dans cette cavité, mais qui varient beaucoup quant à leur nombre, à leur origine et à leur distribution. Cependant, soit qu'elles naissent séparément, soit qu'elles émanent les unes des autres, on remarque toujours les suivantes : l'ilio-lombaire, qui envoie presque tous ses rameaux dans la fosse iliaque; la sacrée latérale, assez ordinairement double ou même triple, qui descend sur la face antérieure du sacrum, va se distribuer aux ganglions sympathiques du bassin, ainsi qu'aux nerfs sacrés, et pénètre dans le canal vertébral; l'obturatrice, qui sort par le trou obturateur, et se consume dans le muscle du même nom, l'articulation coxo-fémorale et les muscles de la partie interne de la cuisse; l'iliaque postérieure ou fessière, dont les ramifications sont particulièrement destinées aux muscles fessiers; l'ischiatique, consacrée d'une manière spéciale au nerf sciatique et au pourtour de l'anus; la honteuse interne ou commune, qui se consume dans les parties externes de la génération; l'hémorrhoïdale moyenne, qui alimente surtout l'extrémité anale du rectum; l'ombilicale, presque toujours oblitérée, chez l'adulte, dans la plus grande partie de son étendue; enfin les vésicales et l'utérine.

Le *plexus hypogastrique* est situé sur les parties latérales du rectum et du bas-fond de la vessie. Formé par plusieurs ra-

meaux de la branche antérieure de la troisième paire des nerfs sacrés, par la plus grande partie de la branche antérieure de la quatrième, et par divers filets du plexus méseutérique inférieur, il envoie ses filets aux organes internes de la génération et à l'extrémité du rectum.

La *région hypogastrique* est la troisième et la plus inférieure de celles dans lesquelles les anatomistes partagent la hauteur de la face antérieure de l'abdomen. Elle a en haut pour limites une ligne droite qu'on suppose étendue de l'une à l'autre des épines antérieures et supérieures des os des îles, à trois travers de doigt, ou environ, au-dessous de l'ombilic. On la subdivise en deux portions, l'une supérieure ou sus-pubienne, l'autre inférieure ou sous-pubienne. La partie moyenne de la première est appelée proprement hypogastre, tandis que les latérales portent le nom de régions iliaques ou îles. La partie moyenne de l'inférieure a reçu l'épithète de région pubienne, et les latérales sont connues sous la dénomination d'aines. Les organes contenus dans la région hypogastrique, chez l'homme qui se tient debout, sont : 1° dans l'hypogastre, les circonvolutions moyennes de l'iléon, la fin du colon, l'ouraque, les artères ombilicales et quelquefois une partie de l'épiploon; 2° dans la région iliaque droite, les circonvolutions de l'iléon, le cœcum, assez ordinairement l'appendice cœcal, l'uretère du même côté, les vaisseaux spermatiques droits, chez l'homme, le ligament large, l'ovaire et la trompe de Fallope droits chez la femme; 3° dans la région iliaque gauche, les circonvolutions gauches de l'iléon, l'S du colon, l'uretère gauche, les vaisseaux spermatiques gauches chez l'homme, le ligament large, l'ovaire et la trompe de Fallope gauche chez la femme; 4° dans la région pubienne, la vessie, le rectum, les vésicules séminales chez l'homme, la matrice avec ses ligamens ronds et postérieurs chez la femme; 5° enfin dans les régions inguinales, l'origine des nerfs et vaisseaux cruraux, celle de l'artère épigastrique, le cordon spermatique chez l'homme, et une partie des ligamens ronds de la matrice chez la femme.

La *veine hypogastrique* se distribue, à très-peu de chose près, comme l'artère correspondante.

HYPOGASTROCÈLE, s. f., *hypogastrocele*; hernie de la région hypogastrique, ordinairement formée à travers des écartemens de la partie inférieure de la ligne blanche. *Voyez* ÉVENTRATION.

HYPOGLOSSE, adj. et s. m., *hypoglossus*. Les anatomistes appellent *hypoglosse*, ou grand *hypoglosse*, une paire de nerfs cérébraux, qu'on compte ordinairement pour la neuvième, dans l'ordre numérique, mais qui est en réalité la douzième.

Ce nerf, qui est le plus gros et le plus considérable de ceux qui vont à la langue, dans laquelle il se perd tout entier, prend naissance sur la moelle épinière, dans le sillon qui sépare les éminences pyramidales des olivaires, par dix ou douze filets très-fins, devant lesquels passe l'artère vertébrale. Ces filets sont placés sur une même ligne, les uns au-dessus des autres. Chacun d'eux commence par deux ou trois petites racines. Ils descendent un peu en dehors, et ne tardent pas à se réunir en un seul cordon, quelquefois en deux, communiquent fréquemment ensemble, et sortent du crâne par le trou condyloïdien antérieur.

Parvenu hors de ce trou, le nerf hypoglosse est uni au côté externe du pneumo-gastrique par du tissu cellulaire et quelquefois par un filet nerveux. Descendant ensuite en avant, il se rapproche de la surface du corps, placé sur les deux branches de l'artère carotide primitive, le nerf pneumo-gastrique et le ganglion cervical supérieur, et recouvert par les muscles stylo-hyoïdien et digastrique, ainsi que par l'artère occipitale et la veine jugulaire interne. Là il communique, par un ou deux filets, avec l'anse nerveuse que le premier nerf cervical et le sous-occipital forment autour de l'apophyse transverse de l'atlas. Ensuite, il se montre entre les branches de la veine jugulaire interne, immédiatement au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Arrivé à l'angle de la mâchoire, il change de direction, se recourbe sous le tendon moyen du muscle digastrique, envoie une branche considérable le long du cou, et remonte lui-même en avant, vers la langue, dans l'épaisseur de laquelle il se termine.

A l'endroit où il forme un coude autour du muscle digastrique, il donne une branche, appelée *cervicale descendante*, qui est fortifiée quelquefois à son origine par un filet du pneumo-gastrique. Cette branche descend, au devant de la veine jugulaire interne, jusqu'au milieu du col, où elle se recourbe en arrière et en haut, pour s'anastomoser avec la branche descendante interne du plexus cervical, au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et sur l'artère carotide primitive, ainsi que sur la veine jugulaire interne. Cette anastomose forme une arcade dont la convexité donne naissance à plusieurs filets qui constituent un petit plexus plus ou moins compliqué.

La branche cervicale descendante ne fournit aucun rameau depuis son origine; mais, avant de communiquer avec le plexus cervical, elle en donne deux qui ne tardent pas à se réunir en un seul, lequel va gagner le muscle omoplat-hyoïdien; arrivés là, ils se séparent de nouveau; l'un se perd dans le muscle, l'autre le traverse pour se rendre au sterno

hyoïdien et envoyer aussi quelques filets au sterno-thyroïdien.

Les rameaux du petit plexus qui termine cette branche, se jettent dans les muscles sterno-thyroïdien et omoplat-hyoïdien. Quelques-uns se portent le long de la carotide primitive, et communiquent avec les troisième et quatrième nerfs cervicaux.

La branche linguale, véritable continuation du tronc, s'engage d'abord entre les muscles mylo-hyoïdien et hyo-glosse, donne un rameau assez considérable au muscle thyro-hyoïdien, en reçoit un du ganglion cervical supérieur, et en envoie à tous les muscles de la partie antérieure et supérieure du col. L'un d'eux s'unit avec le filet mylo-hyoïdien du nerf dentaire inférieur.

Quand elle est parvenue au bord antérieur du muscle hyo-glosse, la branche linguale se plonge, avec l'artère du même nom, entre les muscles génio-glosse et lingual, et se termine, à un pouce environ de la pointe de la langue, par un grand nombre de filets qui ne se distribuent pas aux papilles de la membrane muqueuse, mais se perdent dans les fibres charnues des muscles de cette région, où ils communiquent fréquemment entre eux.

HYPOPHTHALMIE, s. f., *hypophthalmia;* nom que l'on a donné au gonflement œdémateux, à l'infiltration séreuse de la paupière inférieure, affection commune chez les sujets faibles et cachectiques.

HYPOPHYSE, s. f., *hypophysis.* Ce nom a été donné par les anatomistes modernes à la glande PITUITAIRE.

HYPOPYON, s. m., *hypopyum;* épanchement d'une plus ou moins grande quantité de matière puriforme dans les chambres de l'œil. Cette maladie doit être distinguée des abcès de la CORNÉE, avec lesquels quelques auteurs l'ont confondue.

La cause la plus ordinaire de l'hypopyon est une ophthalmie aiguë et violente qui pénètre jusqu'à la membrane de l'humeur aqueuse. Son apparition est alors précédée d'une chaleur brûlante dans le globe oculaire, d'une tuméfaction considérable des paupières et de la conjonctive, en un mot, de tous les phénomènes qui caractérisent une inflammation oculaire très-intense. Chez certains sujets scrofuleux ou affectés de syphilis, l'hypopyon succède quelquefois à une irritation chronique et latente des parties intérieures de l'œil; il semble qu'alors il se soit spontanément formé. Enfin, le pus contenu dans les abcès de la cornée ou de l'iris, peut s'ouvrir une issue du côté de la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, et donner ainsi naissance à l'hypopyon.

Dans tous les cas, cette affection s'annonce par une tache blanchâtre et jaunâtre, formant, à la partie inférieure de la

cornée, un segment de cercle plus ou moins étroit. A mesure qu'entraînée par son poids, une plus grande quantité de matière se dépose dans la cavité de l'humeur aqueuse, la tache qu'elle forme s'élève vers la pupille, la dépasse même, et quelquefois obstrue entièrement la cornée. Lorsqu'il est encore peu considérable, l'hypopyon prend le nom d'*onyx*, à raison de sa ressemblance avec la tache que l'on observe à la base des ongles. Afin de bien distinguer cette affection de l'abcès de l'iris ou de celui de la cornée, il faut examiner l'œil de profil; on reconnaît alors les surfaces de ces membranes, et l'on voit la matière manifestement épanchée entre elles. Au reste, suivant l'observation de Scarpa, cette matière est plutôt le résultat d'une exsudation d'albumine épaissie, analogue à celle que fournissent les membranes séreuses enflammées, que du véritable pus.

L'hypopyon est toujours une maladie grave, puisqu'il ne peut succéder qu'à des inflammations profondes, qui souvent désorganisent les parties, et que la collection purulente elle-même est, pour ces parties, une cause puissante d'irritation, qui les désorganise assez fréquemment.

Accordant une trop grande importance à l'ulcération de la cornée, quelquefois produite par l'hypopyon, et à travers laquelle s'écoule le liquide, quelques praticiens ont pensé que l'incision de l'œil était le moyen le plus simple et le plus assuré de guérir la maladie qui nous occupe; mais l'expérience a démontré les dangers attachés à cette opération : elle renouvelle presque toujours l'inflammation des parties, et provoque un épanchement ultérieur et plus considérable de liquide. Si la matière tarde plusieurs jours à s'écouler entièrement, les lèvres de la plaie restent écartées, suppurent, et laissent ensuite sortir l'humeur aqueuse, ou même une portion de l'iris, qui fait saillie au dehors. On a donc substitué à la maladie primitive une lésion plus compliquée et plus grave. Si, pratiquant tout à coup une grande incision à la cornée, on permet à la matière de l'hypopyon de s'écouler au dehors, il est encore plus à craindre que l'ophthalmie ne reparaisse avec plus de violence, et ne détermine la désorganisation complète de l'œil.

L'indication fondamentale que présente le traitement de l'hypopyon, consiste à combattre et à détruire l'inflammation qui a déterminé son apparition. Ce but étant atteint, le raisonnement et l'expérience démontrent, comme l'a établi Scarpa, que le renouvellement continuel de l'humeur aqueuse et l'action des vaisseaux absorbans suffisent pour dissoudre et pour faire disparaître graduellement la matière épanchée, de la même manière que les débris de la cataracte et le cristallin

devenu opaque, jetés dans la chambre antérieure, finissent par s'y fondre et par y être complétement détruits. Il faut donc, dans les ophthalmies aiguës qui menacent de se terminer par la suppuration, s'efforcer d'abord, par un traitement antiphlogistique très-actif et par un régime sévère, de prévenir cette fâcheuse issue de la maladie. Demours a vu l'administration des vomitifs, dans les inflammations oculaires, provoquer instantanément la formation de l'hypopyon, dont l'étendue augmentait à chaque effort de l'estomac. Il a observé, au contraire, chez quelques sujets, que la saignée faisait promptement diminuer la collection purulente. Les antiphlogistiques doivent être continués, alors même que l'inflammation paraît détruite, afin de favoriser la dissolution et l'absorption de la matière épanchée. Quelques applications résolutives sur l'œil, le vésicatoire ou le séton à la nuque, les laxatifs administrés de manière à maintenir la liberté du ventre, tels sont les moyens qui, joints à un régime sévère et à des exercices modérés, sont les plus propres à détruire les restes de la phlogose, et à rendre l'absorption plus énergique. Ces moyens sont encore les plus convenables, lorsque l'hypopyon succède à une inflammation chronique de l'œil, et qu'il a été précédé de douleurs vives dans le fond de l'orbite et à la partie antérieure de la tête.

Aussi long-temps que l'hydropisie reste stationnaire et persiste à l'état chronique, rien n'autorise le praticien à suivre une autre marche, et à recourir à l'opération. Mais lorsque l'inflammation et les douleurs paraissent entretenues par la collection purulente, lorsque celle-ci, agissant sur la cornée, l'irrite et menace d'en provoquer l'ulcération, il convient, suivant nous, de pratiquer au-devant de l'œil une incision semblable à celle que l'on exécute pour l'extraction de la cataracte. Cette opération, sans doute, n'est pas exempte d'inconvéniens; mais elle abrège les douleurs, elle détruit promptement la cause du mal, et, ménageant la partie moyenne de la cornée, conserve à cette membrane le degré de transparence que lui a laissé la maladie. C'est ordinairement dans les hypopyons qui remplissent toute la chambre antérieure de l'œil, et qui distendent fortement les membranes de cet organe, que l'opération est nécessaire; mais c'est alors aussi qu'elle est le plus fréquemment suivie de la fonte complète et de la destruction du globe oculaire. Quoi qu'il en soit, après l'incision de la cornée, les paupières doivent être recouvertes d'un cataplasme émollient, et l'on emploie les moyens généraux et locaux les plus propres à prévenir la violente inflammation qui tend à se développer. *Voyez* OPHTHALMIE.

HYPOSPADIAS, s. m., *hypospadias ;* vice congénial de conformation des parties génitales qui consiste en ce que l'urètre, ne s'étendant pas jusqu'à l'extrémité du gland, s'ouvre sous la verge, à une plus ou moins grande distance de cette extrémité, c'est-à-dire, soit à la base du gland, soit à l'angle formé par les bourses et le pénis, soit enfin dans quelque point intermédiaire entre ces deux là, mais toujours au-dessous de l'organe.

L'hypospadias a quelquefois fait croire à l'existence de l'hermaphrodisme : des observateurs attentifs, tels que Sabatier, s'y sont trompés, et cette erreur a donné lieu à des affaires juridiques. La méprise est excusable, surtout dans l'enfance, quand l'urètre s'ouvre par une large ouverture au sommet des bourses, que les testicules ne sont pas descendus dans celles-ci, et que la verge est peu prononcée, de manière à ne faire guère plus de saillie que le clitoris n'en fait sur quelques sujets du sexe féminin. Elle le devient encore davantage quand la scission, résultat d'un retardement de développement, ne s'est pas bornée à l'urètre, mais a encore affecté le scrotum et même une partie du périnée. Les apparences deviennent alors de plus en plus trompeuses.

Les hommes atteints d'hypospadias n'éprouvent aucune gêne dans l'excrétion de l'urine ; mais le fluide tombe perpendiculairement à terre, et quand l'individu veut le lancer en avant, il est forcé de relever la verge, et d'en appliquer le dos contre le pubis. On a beaucoup et longuement disputé sur la question de savoir si cette difformité rend impropre à la reproduction de l'espèce. La plupart des écrivains se sont prononcés pour l'affirmative, et cependant des exemples assez nombreux d'hypospades non impuissans ont combattu victorieusement leurs décisions. On conçoit d'ailleurs que la difformité étant susceptible d'un grand nombre de degrés, on ne peut pas la juger en masse sous ce rapport, et qu'il doit y avoir une grande différence entre l'homme dont l'urètre s'ouvre au-dessous du gland, ou dans un point quelconque rapproché de cette partie, et celui dont l'orifice de ce canal est reculé jusque vers la partie de la verge qui fait angle avec le scrotum. Il n'est même pas prouvé que cette dernière disposition doive être considérée comme une cause absolue d'impuissance, car il ne l'est pas qu'alors le sperme se dirige nécessairement contre les parois du vagin, et il l'est encore moins que, cela fût-il même vrai, la liqueur séminale eût besoin d'être dardée directement vers l'orifice de la matrice pour que la fécondation s'ensuivît. Dans l'examen de toutes ces questions, si importantes sous le rapport de la médecine publique, on est parti de pures théories,

quand on n'aurait dû consulter que les faits. Lorsqu'il s'agit de problèmes dont la solution intéresse l'état civil d'un homme, il faut mettre toute hypothèse de côté, parce qu'une hypothèse laisse la voie ouverte à l'erreur et à l'arbitraire. Or en ne prenant d'autre guide que les faits, on est forcé d'établir qu'un homme est habile à se reproduire, toutes les fois qu'il peut entrer en érection et verser le sperme dans les organes génitaux de la femme.

On a conseillé de pratiquer au gland des hypospades une ouverture étendue jusqu'à l'orifice de l'urètre, et de provoquer ensuite l'oblitération des bords de ce dernier. Cette opération ne réussirait probablement jamais; sa barbarie et les dangers qu'elle entraînerait l'ont fait proscrire par les chirurgiens modernes. Les réflexions précédentes auront peut-être prouvé d'ailleurs qu'elle serait au moins inutile, quand bien même on trouverait un sujet disposé à s'y soumettre, ce qui nous paraît fort douteux.

HYPOSTAPHYLE, s. f., *hypostaphyle*, chute ou procidence de la luette. Cette maladie, qui est commune, dépend assez fréquemment d'une inflammation aiguë ou chronique du voile du palais; mais, chez le plus grand nombre des sujets, elle est occasionée par le relâchement, ou par une sorte d'infiltration séreuse de la luette. Quoi qu'il en soit, cet appendice, reposant alors sur la base de la langue, détermine sur cet organe une sensation désagréable qui provoque l'exécution involontaire et incessamment réitérée des mouvemens de la déglutition. Souvent des vomissemens sont le résultat de la titillation continuelle de l'arrière-bouche; chez quelques sujets, la respiration a été gênée, et de la toux est survenue; Cagnet, chirurgien-major, vient de publier une observation dans laquelle tous les symptômes apparens de la phthisie pulmonaire étaient produits par le prolongement de la luette jusque vers l'entrée de la glotte.

Si l'hypostaphyle est produite par l'inflammation aiguë du voile du palais, elle se dissipe à mesure que les accidens disparaissent et que les parties reviennent à leur état normal. Lorsque, après la phlogose, il reste un relâchement plus ou moins considérable dans les parties, on le combat avantageusement au moyen de gargarismes acidulés et astringens. Ces moyens conviennent encore dans les cas soit d'irritation chronique, mais peu intense, de la membrane muqueuse, soit de simple infiltration séreuse de la luette. On réussit presque toujours à provoquer la contraction du muscle staphylin, et à relever l'appendice du voile du palais en portant sous lui, avec une cuiller, du poivre, de la moutarde ou de la pyrèthre en poudre; mais ces substances irritantes n'ont qu'un effet mo-

mentané, et la luette, après avoir été maintenue élevée pendant quelque temps, à la suite de leur action, retombe presque toujours, plus lâche et plus molle qu'auparavant.

Lorsque les médicamens ne réussissent pas, il faut retrancher la portion excédente de la luette. La ligature, proposée par Celse, est un procédé vicieux qui est généralement abandonné; et les instrumens que Castellan, Raw et Heister ont fait connaître pour l'exécuter sont tombés dans l'oubli. La rescision, opérée au moyen de l'instrument tranchant, est si simple, que les ciseaux à tranchans concaves, semblables à ceux de Levret, et proposés par Richter et par Sabatier, sont inutiles, aussi bien que les ciseaux à languette transversale imaginés par Percy. Des pinces droites, au moyen desquelles on saisit de la main gauche, placée en bas, la pointe de la luette, et des ciseaux ordinaires portés à la base de cet appendice, suffisent pour exécuter l'opération. Nous l'avons pratiquée plusieurs fois ainsi, et toujours avec la plus grande facilité. Il faut n'emporter de la luette que ce que l'on juge nécessaire. Une rescision trop considérable pourrait entraîner de la gêne dans les fonctions du voile du palais. Il suffit presque toujours de quelques gargarismes acidulés pour arrêter la légère hémorragie qui succède à l'opération, et l'on n'est que rarement obligé, pour y mettre un terme, de porter sous la luette une spatule ou le manche d'une cuiller fortement échauffée, afin de cautériser les extrémités des vaisseaux.

HYPOTHÉNAR, s. m., *hypothenar*, *subvola*; éminence de la face palmaire de la main, dont elle borde la paume, du côté du cubitus. Elle est formée par les muscles adducteur, court fléchisseur et opposant du petit doigt.

HYPOTHÈSE, s. f., *hypothesis*; supposition imaginée pour rendre compte d'un fait, ou pour procéder à la recherche d'un fait. Ainsi définie, l'hypothèse n'est pas toujours nuisible, et même elle est quelquefois utile. C'est faute d'avoir fait cette distinction, que l'on s'est déchaîné avec tant de chaleur contre les hypothèses, au commencement de ce siècle. Dans l'exposition de la science, c'est-à-dire dans l'énumération méthodique et la description des faits, l'hypothèse ne doit jamais trouver place, même pour servir de moyen de rapprochement entre les faits. Dans l'application des principes déduits de l'observation à des cas pratiques où il faut agir pour guérir, l'hypothèse ne peut encore trouver place. Dans la recherche expérimentale des faits inconnus, on ne peut guère se diriger que d'après des analogies, qui ne sont souvent que des hypothèses, tant elles sont faibles; ici seulement les hypothèses peuvent être utiles, mais elles ne doivent jamais sortir du domaine de l'expérimentation; les expériences une fois faites, c'est leur

résultat pur qu'il faut porter dans la science, et non l'hypothèse dont on s'est aidé pour les imaginer et les pratiquer. Au reste, il serait à désirer que l'on ne fît jamais usage des hypothèses qui ne sont pas justifiées, jusqu'à un certain point, par des faits tirés du domaine de la science qu'on veut enrichir de nouveaux faits, et non d'une science plus ou moins voisine. On ne saurait en définitive montrer trop de réserve dans l'admission des hypothèses en médecine, et le pathologiste et le praticien ne doivent jamais oublier cette maxime modifiée de Stoll : *nunquam aliquid facias ex hypothesi.*

HYSSOPE, s. f., *hyssopus ;* genre de plantes de la didynamie gymnospermie, et de la famille des labiées, qui a pour caractères : calice oblong, strié, à cinq dents et persistant ; corolle monopétale, à tube cylindrique, aussi long que le calice, à limbe partagé en deux lèvres, dont la supérieure courte, droite et échancrée, l'inférieure découpée en trois lobes inégaux ; lobe moyen plus grand que les deux autres, en cœur renversé et crénelé.

L'*hyssope commune*, *hyssopus officinalis*, plante vivace, d'un aspect assez agréable lorsqu'elle est en fleurs, croît spontanément dans le midi de l'Europe. Ses feuilles sont ovales, lancéolées, ponctuées, entières et sessiles. Elle exhale une odeur forte, qui n'est pas désagréable. Sa saveur est aromatique et même âcre. On emploie en médecine ses feuilles, auxquelles les auteurs de matière médicale attribuent des propriétés toniques, stomachiques, balsamiques, incisives et béchiques. Ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'elles méritent place parmi les stimulans, et que, comme ces derniers, elles peuvent être utiles dans certains cas d'affections chroniques de la poitrine, notamment de la membrane muqueuse des bronches, sans toutefois qu'on soit autorisé à lui accorder des vertus presque spécifiques contre ces maladies, ainsi que l'ont presque fait certains écrivains crédules et peu circonspects. On les donne ordinairement en infusion théiforme. On administre aussi la conserve, le sirop et l'eau distillée d'hyssope.

HYSTÉRALGIE, s. f., *hysteralgia ;* douleur de la matrice. Elle peut être produite par la distension qu'éprouve ce viscère dans la gestation ; c'est un signe de l'inflammation de ce viscère. Mais Louyer-Villermay veut qu'on réserve le mot *hystéralgie* pour désigner les douleurs qu'éprouvent, dit-il, dans le bassin, et presqu'habituellement, un grand nombre de femmes, depuis la puberté jusqu'à l'époque critique, et quelquefois même long-temps après cette période de la vie sexuelle. Ces douleurs précèdent quelquefois la première apparition des règles ; elles en accompagnent quelquefois aussi le retour périodique ; elles sont plus vives quand le sang coule peu ; elles ont lieu

aussi jusque dans le col et même le corps de la matrice, à la suite de la défloration, surtout chez les jeunes filles mariées trop tôt, chez celles dont la matrice est située trop bas, chez celles qui sont unies à des hommes dont la verge est d'un volume ou d'une longueur démesurés. Elles peuvent survenir, soit dans le coït, soit après; elles se font sentir à la suite des accouchemens laborieux. C'est, dit Louyer-Villermay, une irritation de la matrice à un degré modéré et plus ou moins habituel. Cet auteur s'est abstenu fort sagement de rechercher si l'hystéralgie a lieu dans les filets nerveux ou dans les ramuscules vasculaires de l'organe, et il recommande très-judicieusement contre cette irritation, qui n'est qu'un degré peu intense de métrite, la saignée générale, l'application des sangsues aux lombes, à l'anus, à la vulve; les bains tièdes entiers, les demi-bains et les bains de siége, les lavemens et les demi-lavemens mucilagineux ou opiacés; les linimens, les cataplasmes narcotiques sur la région hypogastrique, le repos, la continence, les boissons adoucissantes et le régime. Faut-il, comme il le conseille, faire des injections opiacées? Nous ne le pensons pas, non point même des injections émollientes; les bains suffisent. Villermay recommande un exutoire au bras ou à la cuisse; on ne doit jamais y recourir qu'après l'usage de tous les moyens qui viennent d'être indiqués, et qui dispensent presque toujours de l'employer. Quand la persévérance des douleurs détermine à le faire, c'est au bras qu'il faut pratiquer l'exutoire, car on ne saurait, quand il s'agit d'un viscère aussi irritable que la matrice, tenter trop loin d'elle l'établissement d'une irritation supplémentaire. *Voyez* MÉTRITE.

HYSTERICISME, s. m.; variété de l'hystérie admise par Louyer-Villermay. *Voyez* HYSTÉRIE.

HYSTÉRIE, s. f., *hysteria*, *passio hysterica*, *malum hystericum*, *uteri suffocatio*. Les anciens, dont on ne peut révoquer en doute le talent observateur, ont malheureusement attaché trop d'importance aux signes tirés de l'inspection des humeurs; lorsque, parmi tous les symptômes d'une maladie, il s'en trouvait quelques-uns ou même un seul relatif aux parties liquides du corps, ils fondaient sur lui le diagnostic du mal; c'est ainsi qu'ayant remarqué qu'à la suite des accès de l'hystérie, une certaine humidité venait mouiller les parties génitales de la femme, ils en concluaient que le siege de cette maladie était dans l'utérus, et comme, dans cette affection, la main étant appliquée sur le bas-ventre, on perçoit des mouvemens plus ou moins sensibles, comme les malades se plaignent d'éprouver le sentiment d'une boule partant du bas-ventre et remontant vers la poitrine ou même le cou, on se crut parfaitement assuré que tous les accidens provenaient

d'une convulsion, d'un déplacement, d'une ascension de la matrice. Sydenham pensait que l'hystérie n'était autre chose que l'hypochondrie se manifestant chez la femme ; il fit la judicieuse remarque que ce qu'on appelle le globe hystérique s'observait aussi, plus rarement à la vérité, chez l'homme. De grands changemens ont été opérés dans ces théories ; nous les discuterons après avoir décrit les symptômes et indiqué les causes de l'hystérie.

L'invasion de l'hystérie est ordinairement subite ; rarement cette affection débute par le développement lent et successif des phénomènes qui la caractérisent ; mais, le plus ordinairement aussi, elle est précédée de tous les signes d'une grande excitabilité nerveuse, qui se retrouve en avant, pour ainsi dire, de toutes les affections auxquelles on a donné le nom de *névroses*. Lors même que l'accès hystérique vient subitement, il est souvent précédé de pâleur ou de rougeur de la face, de baillemens, de tiraillemens dans les membres, d'un malaise général, et, dit-on, d'un sentiment de spasme vers l'appareil génital. On s'est peu expliqué sur ce sentiment de spasme, il serait pourtant à désirer qu'on l'eût fait : est-il constant, est-il rare, est-il très-prononcé, ou n'est-ce qu'un sentiment vague et indéfinissable, tel que le sujet en éprouve dans les membres? c'est ce qu'on ne dit pas, et c'est ce qu'il importerait de savoir, dans l'intérêt de la recherche du siége d'une maladie si singulière.

Louyer-Villermay décrit les symptômes de l'hystérie dans les termes suivans : impression sourde et mouvement obscur vers la matrice, sentiment d'une boule ou d'un globe qui, de l'hypogastre, s'élève par oscillations, au travers de l'abdomen et du thorax, jusqu'au cou, où il survient une constriction violente, un étranglement, qui fait craindre à quelques malades la suffocation ; souvent il s'y joint un froid glacial ou une chaleur vive ; l'abdomen est en même temps déprimé, tendu ; les malades accusent le sentiment d'un cercle qui comprimerait les fausses côtes. Il existe ordinairement une douleur locale très circonscrite, nommée *clou hystérique*, qui fait éprouver tantôt la douleur d'une aspérité qu'on enfoncerait dans les chairs, d'autres fois, un tiraillement très-incommode. Le ventre se gonfle momentanément, ainsi que la poitrine et le cou ; le visage rougit et pâlit alternativement ; les extrémités se refroidissent par suite des anomalies de la chaleur. Le pouls devient petit et irrégulier, tandis que les battemens sont grands et forts vers la tête ; les palpitations du cœur sont parfois précipitées et tumultueuses ; dans d'autres cas, elles sont peu sensibles. Des mouvemens convulsifs ne tardent pas à se manifester dans les membres thoraciques et abdominaux, et y ramènent la



chaleur; mais, presque toujours, le sang afflue de la circonférence au centre; souvent on observe un resserrement tétanique des mâchoires.

Tels sont les symptômes qui, lorsqu'ils sont peu intenses ou se développent lentement, constituent, selon l'observateur attentif d'après lequel nous venons de les rapporter, constituent, disons-nous, un accès hystérique au premier degré. Nous ne trouvons pas dans ce tableau une particularité que nous avons observée, c'est un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement du larynx, accompagné d'un mouvement analogue, mais moins marqué, de la mâchoire inférieure, ce qui indique un effort pénible de déglutition. Ce symptôme est-il constant? nous l'ignorons; mais il est d'autant plus remarquable que, dans cet état, le cou ressemble assez bien à un cylindre à parois molles, dans lequel une boule monterait et descendrait alternativement.

Les accès hystériques au second degré offrent, dit Villermay, plus de force et plus de rapidité dans la succession des accidens; ce sont les plus communs. L'invasion est presque toujours subite; dès le principe, perte, ordinairement incomplète, des sens et de l'entendement; état de syncope plus ou moins prononcé, mais rarement complet; resserrement considérable de l'abdomen, palpitations violentes, gonflement extraordinaire de la poitrine, du cou et de la face, qui devient d'un rouge violet, ou reste très-pâle; resserrement plus considérable des mâchoires, rendant la déglutition presque impossible; salivation ou écume, rarement très-abondante; constriction douloureuse au larynx; respiration difficile, menace de suffocation. Les membres et la tête sont bientôt agités de mouvemens convulsifs variés, dans lesquels le corps se courbe en avant et en arrière pendant un temps plus ou moins long; ces convulsions cessent, puis reparaissent presque aussitôt, cessent et reviennent un nombre de fois indéterminé. La malade se frappe la poitrine, se tord les bras, se mord les mains, la langue, et semble quelquefois vouloir mordre ce qui l'entoure. Le clou hystérique se fait sentir plus ou moins fortement et quelquefois d'une manière insupportable, tantôt à la tête, tantôt à l'épigastre, et même à l'hypogastre. A ces symptômes se joignent les suivans: baillemens et demi-baillemens très-fréquens, grincemens des dents, contractions convulsives des muscles de la face et des lèvres; trismus, sons variés, articulés ou inarticulés; sifflemens, chants, cris de joie ou de frayeur; sons plaintifs; sorte de claquement analogue à celui qu'on fait avec la bouche pour animer un cheval; hoquet répété, qui parfois semble imiter l'aboyement d'un chien; cris variés, plus ou moins ressemblans à ceux d'autres animaux; éclats de rire et pleurs non



motivés, se succédant et alternant avec rapidité; expression de tristesse ou de joie, de calme ou d'effroi, correspondant à ces divers sons. Quelques malades ne voient ni n'entendent, sans pourtant cesser de tenir des propos suivis, de faire des observations fines et judicieuses, mais bientôt elles déraisonnent, voient des fantômes, méconnaissent et tour à tour reconnaissent leurs parens ou leurs amis. La plupart, ajoute Louyer-Villermay, pendant le plus fort de leurs accès, distinguent par le tact exclusivement la main d'un homme de celle d'une femme, repoussant la dernière, et pressant avec force et avec une sorte de plaisir celle de l'homme, ou contre leur estomac, ou contre leur hypogastre.

Il est aisé de voir parmi ces symptômes ceux dont le charlatanisme et la crédulité ont abusé pour créer de toutes pièces les miracles du magnétisme animal.

Les accès au troisième degré sont caractérisés par l'agitation la plus intense, les convulsions les plus violentes, auxquelles succède le trouble le plus effrayant de la respiration et de la circulation, par suite duquel il se manifeste souvent une sorte de collapsus, une congestion cérébrale, une espèce d'apoplexie; les fonctions du cœur et du poumon paraissent alors suspendues, le pouls devient insensible, la chaleur animable semble éteinte; le sujet est froid, pâle, comme inanimé; il reste dans un état plus ou moins prolongé de mort apparente, qui peut se terminer par l'extinction totale de la vie. Louyer-Villermay signale une autre variété caractérisée par une intensité dans les phénomènes convulsifs et dans l'exaltation mentale ou le délire des sens, qui se rapproche beaucoup de la nymphomanie. Il y a aussi assez souvent une syncope plus ou moins prolongée.

Les sujets disposés à l'hystérie se distinguent en général par une grande excitabilité nerveuse, de grandes démonstrations de tendresse, des embrassemens répétés, une gaîté folle, des éclats de rire alternant avec des accès de tristesse et des pleurs sans motif apparent. Louyer-Villermay dit encore que les hystériques se plaignent assez souvent de contractions très-pénibles vers l'utérus, de dysurie et même de strangurie.

La fin des accès de cette maladie s'annonce par la diminution progressive de l'intensité des symptômes, des éternuemens, des baillemens, des pandiculations, des borborygmes, des excrétions utéro-vaginales, quelquefois accompagnées d'une sensation voluptueuse, et presque toujours, selon tous les auteurs, par l'émission d'une urine abondante, décolorée et limpide. Sydenham attachait une telle importance à ce signe, que toutes les fois qu'il le trouvait joint à des symptômes convulsifs, il prononçait qu'il y avait hystérie. A mesure que le sujet revient au sentiment de l'existence, il se ressouvient le plus ordinaire-

ment de tout ce qui s'est passé pendant l'accès; alors il éprouve de la lassitude, de la céphalalgie, de la soif, un malaise général et de l'inappétence, qui souvent se prolonge pendant plusieurs jours.

L'hystérie n'est point une maladie continue; elle se compose, comme l'épilepsie, d'accès qui reviennent à des époques ordinairement indéterminées, le plus souvent pendant le jour, principalement à l'approche des menstrues, à la suite de chagrins, de contrariétés, ou par l'effet si singulier et si commun que produit le parfum des fleurs sur les cerveaux très-irritables. Ces accès durent depuis quelques instans jusqu'à une ou plusieurs heures; il est assez rare de les voir se prolonger pendant douze et même vingt-quatre heures.

Le pronostic de l'hystérie n'est point alarmant, excepté dans les cas où les signes de congestion cérébrale sont portés au point de faire craindre que l'apoplexie n'en soit l'effet; Louyer-Villermay n'a jamais vu l'hystérie devenir mortelle. Une seule fois il a conçu de vives inquiétudes, le coma ayant duré quatre jours. Rullier a vu une jeune fille qui, à la suite d'une vive frayeur, éprouva du dérangement dans ses règles, puis un accès d'hystérie, remarquable surtout par un étranglement des plus violens; la respiration était fort pénible, l'hypogastre très-tuméfié, les parties génitales faisaient éprouver une sorte de gêne; les membres et le tronc étaient agités de mouvemens convulsifs; il y avait impossibilité de boire; le troisième jour, la malade poussait des cris aigus, se plaignait d'être étranglée; elle mourut vers le soir. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva aucun autre désordre que le gonflement des ovaires, qui contenaient une foule de vésicules arrondies, gorgées d'un liquide particulier très-abondant. Cette observation est précieuse, quoique l'on ne puisse affirmer positivement qu'il n'y avait rien au cerveau, à une époque où les désordres de ce viscère étaient si peu connus.

Une constitution délicate, un tempérament nerveux, une sensibilité exquise, une éducation molle, une grande excitabilité utérine, l'éruption tardive, difficile ou le dérangement des menstrues, la continence, l'onanisme, quelquefois des excès dans le coït, telles sont les causes physiques auxquelles on attribue généralement la production de l'hystérie; les causes morales sont : une imagination ardente, un cœur trop tendre, les affections pénibles de l'âme, un amour contrarié, un sentiment de jalousie, les contrariétés de toute espèce qui sont si multipliées dans le cours de la jeunesse.

Si nous soumettons ces causes à une courte analyse, nous verrons que leur action s'exerce sur le cerveau principalement et sur le système utérin; que celles qui agissent d'abord sur les

parties génitales agissent ensuite sur le cerveau, et que dans cette maladie par conséquent, comme dans toutes celles du même genre, le cerveau est l'aboutissant de toutes les influences morbides. Si ensuite nous réfléchissons que la presque totalité des symptômes que nous avons énumérés partent du cerveau, nous aurons une idée exacte de l'immense rôle que ce viscère joue dans l'hystérie, rôle méconnu dans ces derniers temps, mais rappelé par Georget, ainsi que nous le dirons plus loin.

Une température très-élevée, l'habitation dans les pays chauds, l'insolation, l'impression d'un froid vif, les odeurs fétides ou agréables, mais tant soit peu pénétrantes, les émanations marécageuses et méphytiques, sont autant de circonstances qui prédisposent à contracter l'hystérie, ou qui provoquent l'apparition des accès de cette maladie. Il faut y ajouter une vie trop sédentaire, les lits trop chauds, le séjour trop prolongé au lit, les compressions exercées sur la poitrine ou les membres, l'abus des boissons tièdes, l'abus des lotions tièdes et des parfums. On pense bien que plus d'une de ces causes aurait besoin d'être soumise à des recherches plus sévères que celles qu'on a faites jusqu'ici pour reconnaître jusqu'à quel point elle contribue en effet à produire l'hystérie. On doit en dire autant des alimens et des boissons qui stimulent vivement les organes digestifs, et dont plusieurs ont été si ridiculement nommés aphrodisiaques, comme si la bonne chair et les bons vins n'étaient pas les plus puissans aiguillons pour les désirs vénériens. Nous avons parlé des désordres de la menstruation, mais remarquons combien ils sont communs, et combien il est rare que l'hystérie en soit le résultat. Une cause plus réelle, ce sont les irritations, les inflammations chroniques, les lésions dites inorganiques de la matrice, cause dont l'influence est à tort complétement méconnue par Georget, tandis que Pujol a fait la remarque que, peut-être, la presque totalité des hystéries étaient le symptôme d'une phlegmasie chronique latente ou manifeste de la matrice. Nous ne parlerons pas de la rétention dans ce viscère de je ne sais quelle liqueur spermatique que l'on peut ranger au nombre des rêves de l'antiquité. Louyer-Villermay pense que les irritations intestinales, quelle qu'en soit la cause, peuvent renouveler les accès d'hystérie; nous venons d'observer un cas de ce genre, dans lequel un violent accès, qui dura environ cinq heures, parut avoir été, sinon provoqué, au moins décidé par un vomitif et deux purgatifs donnés en peu de jours chez une jeune femme qui ne vivait point dans la continence, et qui éprouvait habituellement un sentiment d'embarras, de plénitude dans la tête, des dérangemens dans la menstruation, des rêves tumultueux, des réveils en sursaut.

C'est surtout à l'époque de la puberté, lors de ses approches,

et peu après elle, que l'hystérie se manifeste; chez les adultes elle est moins fréquente; elle le redevient aux approches de la cessation des règles. On a reconnu, dit Villermay, que les femmes dont le système sanguin ou nerveux est très-prononcé, ou qui sont remarquables par un excès de force générale, par une surabondance vitale, une constitution athlétique, soit dans les villes, soit dans les campagnes, sont souvent affligées de cette maladie. Cette assertion n'est-elle pas tant soit peu contradictoire avec celle du même auteur qui met une éducation molle et tous ses inconvéniens au nombre des causes les plus ordinaires de l'hystérie? On l'observe fréquemment encore, dit-il, parmi celles qui ont le teint brun ou très-coloré, les yeux noirs et vifs, la bouche grande, les dents blanches et les lèvres d'un rouge incarnat, les cheveux abondans, le système pileux fourni et couleur de jais, et dont les caractères sexuels sont très-prononcés.

L'influence de l'abstinence des plaisirs vénériens sur la production de l'hystérie mérite une sérieuse attention; si nous interrogeons les faits, nous voyons qu'en effet l'hystérie précède le plus souvent la puberté, époque de la vie où il n'y a pas encore de coït; mais Georget prétend qu'alors, dans le plus grand nombre des cas, l'hystérie est due à l'onanisme. Dans l'un et l'autre cas la matrice ne serait point étrangère à la production de la maladie; dans l'un, par appétence du stimulant, dans l'autre, par excès d'un stimulant mensonger. Il est faux que l'hystérie indique toujours la continence; nous avons cité un exemple qui semblerait plutôt prouver le contraire, et ceux du même genre ne paraissent pas être rares. Si l'hystérie reparaît à l'approche de la cessation des menstrues, et en raison des désordres de la menstruation, ces désordres sont presque toujours l'effet d'une vive irritation de l'utérus, ou, si l'on veut, ils en sont accompagnés; or, lors même que ces désordres seraient le produit sympathique d'un malaise du cerveau causé par des chagrins, on n'en devrait pas moins admettre que l'utérus irrité réagit, comme le fait tout autre organe en pareil état, sur le cerveau, et ajoute à son irritation primitive. Encore ici nous retrouvons la co-existence de l'irritation encéphalique et de l'irritation utérine. Elle serait encore moins douteuse dans le cas où l'hystérie serait le résultat d'excès dans le coït.

Avant de rechercher quels sont le siége et la nature de cette maladie, une grande question se présente. L'hystérie est-elle une maladie particulière aux femmes, ou bien n'est-ce, comme le prétendait Sydenham, qu'une variété de l'hypochondrie dans le sexe féminin. Est-il vrai que des hommes aient été hystériques? En mettant de côté ce qu'il y a d'impropre dans cette

expression, nous sommes portés à croire que cette maladie est en effet un triste attribut du sexe féminin, quel que soit d'ailleurs le siége qu'on lui assigne. Cette question est toute entière du domaine de l'observation, et non de la théorie. Qu'un très-petit nombre d'hommes aient éprouvé le sentiment d'une boule remontant vers le cou, c'est ce qu'on ne peut nier, mais est-ce là l'ensemble des phénomènes qui caractérisent un accès d'hystérie? Nous ne croyons pas qu'il y en ait un seul exemple bien caractérisé dans le sexe masculin; il faut donc considérer l'hystérie comme une maladie particulière aux femmes.

Lorsqu'on réfléchit sans prévention sur le diagnostic de l'hystérie, on se convainc qu'il est impossible de la confondre avec l'hypochondrie; si cette dernière commence par des accès, elle tarde peu à devenir continue, ou à peu près telle, tandis que la première se compose toujours d'accès, ordinairement subits; dans l'hypochondrie, les phénomènes cérébraux consistent principalement dans la tournure vicieuse des idées, et les phénomènes viscéraux sont le plus ordinairement les signes évidens d'une irritation gastrique; dans l'hystérie, les phénomènes cérébraux sont spasmodiques, convulsifs, comateux, et les symptômes viscéraux, si peu nombreux, proviennent de l'utérus; dans l'une et dans l'autre, le sentiment d'un globe a lieu, mais il est constant dans l'une, très-rare dans l'autre; il est joint à des idées bizarres dans celle-ci, à de fausses combinaisons dans celle-là.

La nymphomanie ne peut être confondue avec l'hystérie; c'est le délire d'un désir impétueux du coït, avec mouvemens convulsifs pour parvenir à le satisfaire; ce désir n'a pas lieu, ne se manifeste pas, ou plutôt il y a perte du sentiment de l'existence dans l'hystérie. On ne peut non plus confondre avec cette maladie l'érotomanie, véritable mélancolie dans laquelle l'imagination, les désirs et la volonté sont dirigés exclusivement vers une personne d'un sexe opposé.

L'épilepsie est plus facile à confondre avec l'hystérie, ou plutôt l'hystérie avec l'épilepsie, et d'autant plus que, chez quelques personnes, l'hystérie arrive au degré de l'épilepsie, comme chez d'autres elle parvient au degré de l'apoplexie ou de la catalepsie. Ceci s'éclaircira quand nous aurons recherché quel est le siége de l'hystérie. Mais nous devons auparavant parler de deux nuances signalées dans cette dernière maladie par Louyer-Villermay.

Sous le nom d'*hystéricisme*, cet auteur désigne une série de symptômes analogues à ceux de l'hystérie, mais plus variables, plus continus, moins intenses, moins sujets à des retours périodiques, et qui surviennent ordinairement avant la puberté.

A quoi bon isoler ainsi une variété si peu prononcée, d'une maladie sur le siége et la nature de laquelle on a tant de peine à s'entendre? Cette variété de l'hystérie est précisément celle qui dépend le plus évidemment de l'influence de l'utérus sur le cerveau, et, par conséquent, celle qui mérite le mieux le nom d'hystérie.

Sous le nom d'*hystérie épileptiforme*, Louyer-Villermay désigne ce que d'autres auteurs ont nommé *épilepsie utérine*. Il y a ici une erreur manifeste; comme tous les autres organes, l'utérus peut exciter dans l'encéphale une irritation à la suite de laquelle se manifestent les phénomènes de l'épilepsie chez certains sujets, et les phénomènes de l'hystérie chez d'autres, sans que l'épilepsie de ceux-là doive prendre pour cela le nom d'hystérie, pas plus que l'hystérie de ceux-ci ne doit prendre le nom d'épilepsie. La différence qu'il y a entre ces deux dénominations, c'est que celle d'épilepsie désigne une série de symptômes convulsifs, effet d'une irritation du cerveau, soit primitive, soit secondaire d'une autre irritation *quelconque*, tandis que celle d'hystérie désigne une série de symptômes convulsifs, effet d'une irritation du cerveau toujours secondaire d'une irritation utérine, au moins dans la théorie adoptée par Louyer-Villermay.

Cet auteur pense, avec la pluralité des médecins, que l'hystérie réside dans la matrice, qu'elle consiste dans un trouble nerveux, dans l'exaltation de la sensibilité organique du viscère, sans aucune altération de son tissu; les malades sentent et avouent que le mal est là; on prétend même, ajoute-t-il, que, dans certains accès d'hystérie, la main placée sur l'hypogastre reconnaît un mouvement vermiculaire qui se fait également sentir au doigt introduit dans le vagin; les rapports de l'hystérie avec l'approche, le retard, les désordres et la cessation des menstrues, avec l'abstinence prolongée du coït, l'écoulement qui se fait par le vagin, sont autant de circonstances qui lui paraissent militer en faveur de son opinion, qui place dans l'utérus le siége de l'hystérie. Nous reconnaissons avec lui que toutes ces circonstances prouvent que la matrice concourt à la production de cette maladie, et que Georget a eu tort de se refuser à admettre cette proposition. Toutefois, si l'utérus subit un mouvement en pareil cas, ce ne peut être un mouvement *vermiculaire*, et il est d'ailleurs étonnant que Villermay, qui a fait une étude spéciale de l'hystérie pendant plus de vingt ans, n'en parle que par ouï-dire. Mais de ce que le système génital de la femme est irrité dans l'hystérie, s'en suit-il que cette irritation ait précisément et toujours pour siége l'utérus? Il est permis d'en douter. Le seul fait d'anatomie pathologique bien constaté et recueilli par un homme habile, que

nous possédions, celui de Rullier, tend à faire penser que les ovaires jouent dans cette circonstance un plus grand rôle que la matrice. Les femmes qui éprouvent un plaisir très-vif dans le coït, ressentent dans cet acte des élancemens voluptueux jusque dans la région des ovaires, et lorsque des jouissances répétées ont produit souvent cet effet, c'est de cette région que partent sensiblement les impressions viscérales qui allument en elles le désir du coït. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'on ne peut nier sans erreur que l'irritation génitale provoque l'hystérie ; mais s'ensuit-il de là que le cerveau n'est affecté que par sympathie, c'est-à-dire, comme on entend trop souvent par ce mot, qu'il n'est pas à proprement parler malade, et qu'il suffit de guérir l'irritation génitale pour faire cesser *ipso facto* l'irritation cérébrale? C'est ce que nous ne pouvons admettre, car pour que la première détermine l'hystérie, il faut que la dernière existe déjà, ou que l'encéphale soit très-disposé aux irritations. Ecoutons Georget sur ce point important.

Cet auteur avoue avec franchise que Charles Lepois et Thomas Willis ont, avant lui, considéré le cerveau comme le siége primitif et essentiel de cette maladie ; mais lorsque ses réflexions le conduisirent à adopter cette opinion, il n'avait point lu les ouvrages de ces auteurs. Considérant que chez presque toutes les femmes hystériques, qu'il a eu occasion d'observer en grand nombre, la maladie avait été causée par des affections morales vives ou profondes, et particulièrement par la frayeur, le chagrin ou des contrariétés fréquemment renouvelées; que dans quelques-unes on pouvait accuser seule la funeste habitude de la masturbation, et dans d'autres cas cette habitude jointe aux affections morales, principalement avant et à l'époque de la puberté; considérant que toutes les causes qui accroissent l'excitabilité cérébrale corroborent l'action de celles dont nous venons de parler, Georget se range à l'opinion de Lepois et de Willis. Il se fonde en outre sur les considérations suivantes : hors le temps des attaques, tantôt le cerveau reprend absolument le même état qu'il avait auparavant, restant toutefois plus irritable; tantôt le cerveau, à la suite de longues années de maladie et de nombreuses attaques, reste dans un état permanent de souffrance. Dans l'intervalle des accès, surtout si ceux-ci surviennent fréquemment, plusieurs fois le jour, tous les jours, ou plusieurs fois la semaine, il existe une insomnie opiniâtre, des céphalalgies continuelles atroces avec des exacerbations produites par les contrariétés les plus légères, par le travail le moins fort, par la chaleur ou le froid, par les boissons stimulantes, pendant lesquelles les malades sont étourdies, agitées, quelquefois presque folles ; leur tête est brûlante, sensible à la pression, douloureuse au mouvement; les malades

sont moroses, elles ont des absences, des bourdonnemens, des vertiges, des inquiétudes, des agitations. Les symptômes cérébraux sont plus graves quand le cerveau a souffert pendant long-temps; il semble à certaines malades qu'on leur comprime la tête avec une enclume, qu'on brise cette partie à grands coups de marteau; à quelques-unes, que leur cervelle est en ébullition, en contact avec de l'huile bouillante; plusieurs se plaignent de sifflemens horribles, de détonations. Cette douleur occupe le plus souvent la partie supérieure de la tête, plus rarement l'antérieure ou la postérieure. Des convulsions se manifestent à la face, par des claquemens et des grincemens de dents; au gosier, par un sentiment de pression, de resserrement, de strangulation; au thorax, par le resserrement de cette cavité, une grande gêne dans la respiration; et à l'abdomen, par l'élévation, l'aplatissement ou des ondulations de la paroi antérieure de cette cavité; au dos et au cou, par la courbure et le redressement alternatifs du tronc, la tête restant fixe en arrière; aux membres, par des mouvemens d'extension et de flexion. Tous ces phénomènes, joints à la suspension incomplète de l'exercice de la sensibilité et de l'intellect, paraissent suffisans à Georget pour décider que le cerveau est profondément affecté dans l'hystérie, et l'on ne peut nier que la démonstration ne soit complète, puisqu'il est incontestable que ces symptômes sont évidemment l'effet d'une irritation encéphalique, à laquelle, sans doute, la moelle épinière n'est point étrangère. Mais de ce que, le plus souvent, lorsque les accès sont peu intenses, les sujets se portent bien dans les intervalles, Georget semble inférer que le cerveau est seul affecté dans l'hystérie; en cela il se trompe, car il est aisé de lui répondre que l'irritation de l'utérus est intermittente comme celle du cerveau, et que par conséquent on ne doit pas s'étonner si ni l'une ni l'autre ne donnent de signes de leur existence dans l'intervalle des accès. Au reste, il n'en est pas ainsi; les fonctions de l'utérus sont presque constamment dérangées dans l'hystérie (à moins que l'on ne cesse de considérer comme telle la menstruation), et cela dès les premiers accès, et même avant l'invasion des premiers accès.

De ce que le cœur, le poumon et les voies digestives s'affectent lorsque l'hystérie a duré long-temps, nous n'irons point en chercher le siége dans ces viscères, mais nous ne pouvons adopter l'opinion de Georget qu'il n'existe nullement dans l'utérus. Voici ce qu'il avance de plus fort contre l'opinion générale: « Quels sont, dit-il, les désordres génitaux utérins: l'écoulement menstruel est-il troublé? Quelquefois l'affection morale qui a surirrité le cerveau, a supprimé cet écoulement; d'autres fois, par les progrès de l'affection cérébrale ou d'actions se-

condairement produites, il est encore supprimé. Mais, d'après le relevé de mes observations, cet acte utérin est régulier sur plus des trois quarts des malades, même pendant le temps des attaques. Le coït, la fécondation, la gestation et l'accouchement sont-ils possibles, naturels? Oui, ils sont possibles et absolument naturels. Il arrive seulement que les douleurs de l'accouchement irritant un cerveau déjà irrité et très-irritable, sont beaucoup plus souvent suivies de convulsions, d'accidens nerveux de tout genre, que dans l'état ordinaire de la vie. Quant aux émissions de prétendu sperme, ce n'est autre chose qu'une sécrétion et un écoulement plus ou moins abondant de flueurs blanches; il n'est peut-être pas d'effet plus constant des affections morales pénibles et prolongées, que ne l'est cet état de la muqueuse vaginale; les flueurs blanches sont de même très-communes dans les mélancolies et dans les soi-disant hystéries; elles sont surtout abondantes lors de la plus grande irritation cérébrale. J'ai vu une jeune malade, qui, toutes les fois qu'elle éprouvait quelques contrariétés un peu vives, avait presque sur-le-champ un écoulement de cette nature très-abondant. Quant au plaisir qu'on dit accompagner certaines de ces évacuations, il n'existe que dans la tête de ceux qui ont trouvé qu'il n'était pas mal à propos de le joindre à des émissions spermatiques. » Georget a très-bien prouvé que le prétendu globe hystérique n'est que la perception des mouvemens convulsifs des muscles de la glotte, du larynx et du pharynx; mais qui oserait avec lui soutenir sérieusement que l'utérus n'est pas affecté dans une maladie intermittente, parce que le *coït* est *possible* et *absolument naturel* dans les intervalles qui en séparent les accès? Qui voudra croire que chez les trois quarts des hystériques les règles ont lieu régulièrement, lorsque plus des trois quarts du nombre total des femmes éprouvent des dérangemens dans cet écoulement! Si les flueurs blanches sont si communes chez les hystériques, il est permis de croire que les désordres menstruels ne sont guère moins fréquens, car on sait que ces deux genres de lésions vont le plus ordinairement de compagnie. Nous croyons que les hystériques ne ressentent pas le plaisir que l'on suppose à quelques-unes d'entre elles, mais l'émission de liquide qui se fait par le vagin pendant les accès qu'elles éprouvent n'a rien qui ressemble autant qu'on le prétend aux flueurs blanches. Nous avons peine à nous rendre compte des motifs qui ont porté Georget à atténuer comme il l'a fait l'importance des désordres menstruels dans une affection presque toujours liée aux modifications que subissent les règles, et que l'on n'observe plus à l'âge où elles ont définitivement cessé de couler. Frappé de l'inconséquence des

pathologistes qui avaient méconnu le rôle que le cerveau joue dans l'hystérie, Georget paraît avoir tout sacrifié au désir de réintégrer ce viscère dans l'exercice de ses droits à l'attention du médecin.

L'argument sur lequel Georget paraît compter davantage, c'est que l'hystérie est pour l'ordinaire le résultat d'une cause morale ; faudra-t-il donc regarder comme ayant leur siége dans le cerveau, toutes les affections de la poitrine et de l'abdomen que provoquent le chagrin, la peur, l'amour ou l'ambition?

Il nous paraît que Georget a parfaitement prouvé qu'il y a constamment lésion du cerveau dans l'hystérie, et que cet état doit être pris en grande considération dans le traitement de cette maladie; il nous paraît aussi que Louyer-Villermay n'a pas moins bien prouvé que le système génital est irrité dans l'hystérie; mais l'un et l'autre nous paraissent trop exclusifs dans la manière dont ils envisagent le siége de l'hystérie; prenons ce qu'il y a de positif dans l'opinion de chacun, nous aurons, je crois, la vérité, qui est que l'hystérie est une de ces irritations à double siége qu'il importe de distinguer des irritations à siége unique, et que c'est une irritation hystéro-encéphalique, caractérisée spécialement par des symptômes convulsifs. Quant au globe prétendu hystérique, c'est certainement un spasme de l'œsophage que l'on peut comparer au vomissement qui est le signe sympathique de la grossesse, tout en reconnaissant qu'il peut également accompagner l'irritation gastro-céphalite, avec les idées bizarres qui caractérisent le plus ordinairement l'hypochondrie.

Tantôt l'hystérie se borne à un petit nombre d'accès, tantôt les accès se répètent pendant une ou plusieurs années; on l'a vue se prolonger pendant dix, quinze et vingt ans, revenir dans certaine saison, l'été surtout, par la cause d'irritation la plus légère. L'hystérie peut guérir sous l'influence d'une vive affection morale, ou des progrès de l'âge, se terminer par le passage à l'épilepsie, par la paralysie d'un membre, par la perte d'un sens, par la chorée, ou des rétractions spasmodiques des membres que l'on peut prendre pour des arthrocacés, par une phthisie cérébrale ou vertébrale appelée *tabes dorsalis*. (*Voyez* PHTHISIE), ou enfin par des phlegmasies chroniques de l'utérus, des poumons, du cœur ou de leurs membranes séreuses, ou des voies digestives.

La guérison de l'hystérie dont les accès sont forts et fréquens est très-difficile, surtout si la frayeur en est la cause, et s'obtient rarement; on doit l'espérer quand des chagrins seuls sont la cause de la maladie, et que ces chagrins peuvent être

guéris par le temps ou les événemens; plus l'hystérie revient régulièrement et souvent, plus on doit craindre de ne point parvenir à la faire cesser.

Aussi long-temps que l'utérus seul a été considéré comme le siége de l'hystérie, tous les agens thérapeutiques ont été dirigés directement ou indirectement vers cet organe; aujourd'hui on voudrait que le médecin ne s'occupât que du cerveau : nouvelle preuve de l'influence de la théorie sur la pratique, et de la nécessité de faire cadrer celle-là avec celle-ci, non celle-ci avec celle-là. Les hystéries qui ont été guéries par des moyens agissant seulement sur l'encéphale avaient été produites primitivement par des causes morales; celles dont a obtenu la guérison à l'aide de moyens dirigés vers l'utérus avaient été déterminées primitivement par des causes relatives à l'action génitale. Georget a donc été trop loin en disant qu'un médecin physiologiste, un médecin dégagé des préjugés d'école, ne doit chercher dans aucun auteur même quelques idées d'un traitement rationnel de l'hystérie. On ne saurait trop s'élever contre cette prétention toute moderne qui tend à détourner les jeunes praticiens de la lecture des anciens ouvrages : il n'appartient qu'à celui qui a beaucoup lu de dire jusqu'à quel point on peut se dispenser de lire.

Le médecin peut être appelé près d'une hystérique dans trois cas différens : 1°. dans le temps où les accès n'ont pas encore eu lieu, et lorsqu'il n'y a encore qu'une sensibilité surabondante; 2°. pendant un accès; 3°. après un accès. Dans le premier cas, il lui est difficile de prévoir, et par conséquent de prévenir directement l'hystérie, il doit se borner à recommander le repos des sens et de l'imagination, l'éloignement de tout objet susceptible de provoquer des émotions, l'exercice en plein air, un travail mécanique poussé jusqu'à un certain degré de fatigue, un régime sinon sévère au moins régulier, tiré principalement du règne végétal; le coucher de bonne heure et le lever matinal; des bains, et surtout le mariage, quand tel paraît être le vœu de la nature.

Le médecin est-il appelé à l'instant où un accès vient de se manifester, et lorsqu'il dure encore; il doit faire coucher la malade, lui faire élever la tête, la faire placer sur le côté droit autant que possible, faire enlever le corset, les jarretières et tout ce qui peut apporter de la gêne dans la circulation; ouvrir les fenêtres, pratiquer des frictions avec la main sur l'hypogastre et l'épigastre, et généralement sur toute la surface de l'abdomen; faire respirer des sels volatils, mais avec réserve, car les stimulans de ce genre accroissent parfois les mouvemens convulsifs. L'éther, donné dans l'eau sucrée, est assez généralement un moyen puissant en pareil cas, mais le plus souvent

il ne procure qu'un soulagement passager, et la malade, à peine sortie incomplétement de ses accès, tarde peu à y retomber. Si l'accès persévère, un bain de pieds chaud et sinapisé est le meilleur moyen à employer. Les potions narcotiques recommandées en pareil cas sont nuisibles, car elles tendent à augmenter la surcharge sanguine qui a évidemment lieu vers le cerveau; les sternutatoires ont l'inconvénient d'augmenter le malaise inexprimable des malades; les linimens narcotiques ne sont utiles que par la friction qui les accompagne; quant aux lavemens narcotiques, il faut des faits bien observés pour qu'on sache si on peut les employer avec succès et sans crainte; dans tous les cas, c'est la manière la moins dangereuse d'administrer les narcotiques. On a recommandé les fumigations aromatiques comme moyen spécifique; elles ne réussissent pas mieux que tous les autres excitans des parties génitales externes. On a recommandé de frictionner légèrement les mêmes parties, et l'on assure que ce moyen abrège infailliblement l'accès: nous l'ignorons, mais nous sommes portés à croire que, dans des accès violens tels que nous en avons observés, cette diversion serait impuissante. Que dire des *praticiens* qui ont recommandé de tirer les poils du pénil?

Lorsque l'accès hystérique, au lieu de se passer presque tout en convulsions, prend un caractère comateux prononcé, et qui tend à faire redouter l'apoplexie, il ne faut pas hésiter à saigner la malade; il n'est pas ordinairement nécessaire d'évacuer beaucoup de sang, mais c'est par la veine qu'il doit être tiré; car c'est l'encéphale qu'il faut empêcher de devenir le siége d'une congestion définitivement mortelle.

L'accès est-il passé, ou bien est-on appelé après qu'il a cessé; si c'est le premier, il faut agir comme si on avait tout lieu d'en craindre le retour, tant un pareil cas est probable lorsque l'accès n'a pas été l'effet d'une cause passagère, lorsque la susceptibilité est extrême. Il faut alors travailler à la cure de la maladie, ou si l'on veut en prévenir la rechute. Pour cela deux indications se présentent : 1°. satisfaire l'utérus en lui faisant fournir le stimulant dont la personne éprouve le besoin, mais auparavant employer tous les moyens propres à calmer l'irritabilité de cet organe par une série de moyens tels que des bains de siége émolliens, narcotiques, des saignées, des applications de sangsues; 2°. diminuer l'irritabilité cérébrale par les moyens que nous avons indiqués plus haut comme propres à prévenir l'hystérie, de même que l'invasion de toute autre affection convulsive.

Les femmes hystériques doivent se garantir avec le plus grand soin de toute impression forte, soit agréable, soit désagréable, ou plutôt il faut qu'on s'occupe de les en garantir;

car il est bon que, comme pour les hypochondriaques, on n'appelle pas trop fortement leur attention sur la prédisposition morbi·ｌ: qui les caractérise.

Lorsque l'hystérie est liée à l'influence d'une mauvaise éducation et d'un libertinage d'imagination habituel, on ne peut guère en espérer la guérison que des progrès de l'âge. Le mariage ne la guérit pas toujours, quelquefois même il l'aggrave.

Il paraît inutile d'insister davantage sur le mode de traitement, puisqu'à l'occasion de l'encéphale nous avons amplement traité des moyens propres à calmer l'irritation de ce viscère, et qu'à l'article MATRICE, nous indiquerons en détail ceux qui calment celle de cet organe. Les considérations générales applicables au traitement de l'hystérie en tant qu'affection *nerveuse*, *convulsive*, *spasmodique*, trouveront mieux leur place aux articles SPASME et NÉVROSE.

HYSTÉROCÈLE, s. f., *hysterocele;* hernie de la matrice. Quoique, dans son état de vacuité, l'utérus soit fixé au fond du petit bassin, et à une assez grande distance des régions inguinale et crurale, on possède cependant plusieurs observations de son déplacement à travers les ouvertures de ces parties de l'abdomen. Il est même permis de penser que la matrice doit être, moins rarement qu'on ne le pense, entraînée dans les hernies très-volumineuses; elle a en effet, avec les organes environnans, des rapports analogues à ceux de la vessie, et les replis péritonéaux qui forment ses ligamens larges ne peuvent opposer d'obstacle considérable à un déplacement que rendraient d'ailleurs facile, chez les vieilles femmes, la laxité et l'allongement du vagin. Le mécanisme de ces hystérocèles consécutives serait le même que celui des hernies analogues du cœcum et du réservoir de l'urine.

Lallement a observé deux hernies de la matrice, l'une crurale et l'autre inguinale. Le diagnostic de cette maladie est assez difficile, lorsque l'organe ne renferme pas de fœtus. Cependant on pourrait la reconnaître à la présence dans l'aine d'une tumeur rénitente, plus solide que celle des hernies intestinales ou épiploïques, et dont la saillie et la densité n'éprouveraient jamais aucune espèce de variations. Quoique volumineuse, l'hystérocèle est ordinairement indolente, elle n'occasione ni embarras dans le cours des matières stercorales, ni tiraillement à la région épigastrique. Le doigt porté dans le vagin fait reconnaître un changement considérable dans la direction de ce canal, qui se porte en haut et du côté de la hernie. Lorsque le col n'a pas franchi l'ouverture abdominale, et qu'il peut être touché par le doigt, les impulsions que lui communique celui-ci sont immédiatement transmises à la main qui explore la tumeur. La dissection a fait reconnaître la pré-

sence d'un sac herniaire dans les hystérocèles; quelquefois cependant, et l'une des observations de Lallement en fournit un exemple, la matrice paraissait, au moins dans la plus grande partie de son étendue, en contact immédiat avec les parties au milieu desquelles elle était placée.

Les accidens qui accompagnent la hernie de la matrice sont en général peu considérables. Cependant l'étranglement et l'inflammation de cet organe peuvent survenir, et alors les malades éprouvent de vives douleurs abdominales, des coliques, des nausées et même des vomissemens. L'étroite sympathie qui unit l'utérus aux organes digestifs, explique aisément les phénomènes de ce genre.

Non-seulement la matrice peut se déplacer, mais il est possible que, située hors du ventre, elle contienne le produit de la conception. Plusieurs faits de ce genre nous ont été transmis par les observateurs. On peut en lire dans Sennert, Rousset, Ruysch et quelques autres. Le diagnostic alors ne saurait être un instant douteux. La tumeur utérine devient chaque jour plus volumineuse; les mouvemens du fœtus s'y font sentir à travers la faible épaisseur des tégumens et des parois de l'organe. Il ne faut pas confondre ces hystérocèles inguinales ou crurales avec les éventrations dont quelques femmes sont atteintes, et à travers lesquelles s'engage la matrice lorsqu'elle est distendue par le produit de la conception. Dans ces derniers cas, la hernie est consécutive; elle doit être considérée comme déterminée par la grossesse; dans les autres, au contraire, le déplacement est primitif; il a eu lieu, soit avant la conception, soit immédiatement après cet acte; et l'ampliation de la matrice est seulement venue le compliquer et le rendre plus grave.

Lorsque l'hystérocèle est récente et libre, il faut la faire immédiatement rentrer et la contenir, comme toutes les autres hernies, au moyen d'un baudage approprié. Dans les cas où l'inflammation et l'étranglement de la matrice surviennent, on doit recourir aux antiphlogistiques, et, s'ils restent sans succès, pratiquer le débridement d'après le procédé ordinaire. Si l'on reconnaît la hernie de l'utérus au début de la grossesse, il importe de ne rien négliger afin d'opérer la réduction avant que l'organe soit devenu plus volumineux. Chez les sujets dont la tumeur, demeurée au dehors, continue de s'accroître, le praticien doit la soutenir, soit avec une ceinture, soit à l'aide d'un bandage qui descende des épaules jusqu'à elle. Enfin, l'époque de la parturition étant arrivée, il est presque constamment possible, dans les cas d'éventration, de donner à l'utérus une situation telle qu'il opère la sortie spontanée du fœtus. On a même quelquefois obtenu ce résultat, lorsque la

hernie était inguinale ou crurale, en donnant une situation convenable à la femme, et en dirigeant la matrice vers le ventre. Mais, si l'on ne réussissait pas, et si la femme s'épuisait en efforts inutiles, il conviendrait d'inciser les parois de la tumeur, et d'extraire le fœtus en suivant le procédé indiqué pour la GASTRO-HYSTÉROTOMIE.

HYSTÉRO-CYSTIQUE, adj., *hystero-cysticus*, qui appartient à la matrice et à la vessie. Quelques personnes ont donné ce nom à la rétention d'urine qui dépend, durant la grossesse, ou de la compression exercée immédiatement par l'utérus sur le col vésical, ou de l'engorgement que produit dans ce dernier la dilatation variqueuse des veines multipliées qui l'entourent. Cette affection cède constamment à une situation convenable; le cathétérisme est cependant assez fréquemment nécessaire pour évacuer l'urine.

HYSTÉRO-CYSTOCÈLE, s. f., *hystero-cystocele*, hernie formée par la matrice et par la vessie urinaire. On reconnaîtrait cette maladie, qui est fort rare, aux signes réunis de la CYSTOCÈLE et de l'HYSTÉROCÈLE.

HYSTÉROLOXIE, s. f., *hysteroloxia*, déviation, inclinaison de la matrice. Il convient de ranger sous cette dénomination, non-seulement le déplacement de l'utérus en avant et en arrière, mais aussi les obliquités diverses que cet organe présente assez fréquemment dans l'état de grossesse.

Déjà indiqués par les anciens, quoiqu'ils n'aient été bien connus des modernes que depuis les travaux de Grégoire, Lyne, G. Hunter, Desgranges, Meckel et Baudelocque, les déplacemens antérieurs et postérieurs de la matrice ont reçu les noms d'*antéversion* et de *rétroversion*. Beaucoup plus fréquent que l'autre, le renversement en arrière est favorisé par la situation de l'utérus, qui est oblique dans ce sens; et quoiqu'il soit encore considéré comme une affection rare, si l'on possédait une liste exacte de tous les sujets chez lesquels il a été méconnu ou qu'il a fait périr, on le placerait peut-être avec raison parmi les maladies les plus communes.

Quoi qu'il en soit, les renversemens utérins peuvent survenir pendant l'état de vacuité de l'utérus; mais les premiers mois de la grossesse ne mettent pas à l'abri de leur manifestation, et la rétroversion même est plus fréquente alors que dans toute autre circonstance. Cependant, elle ne saurait avoir lieu après le quatrième mois depuis la conception, parce qu'à cette époque la matrice a déjà plus de longueur que le diamètre antéro-postérieur du bassin n'est étendu. L'un et l'autre des renversemens de l'utérus présentent des degrés différens, suivant que le fond de l'organe demeure supérieur à son col, ou que ces deux parties sont placées sur la même ligne, ou bien

enfin que la première s'abaisse au-dessous de la seconde. Chez quelques sujets, le déplacement s'opère tout à coup; chez d'autres, il ne s'achève que par gradations. Dans le premier cas, les accidens se manifestent subitement et avec violence; dans le second, des incommodités plus ou moins gênantes signalent le début de la maladie, et les symptômes n'acquièrent que lentement leur plus grande intensité.

La laxité des attaches de l'utérus, l'aplatissement antéro-postérieur de cet organe, et la mollesse ainsi que la mobilité des organes situés devant et derrière lui, telles sont les circonstances qui le disposent aux déplacemens antérieurs ou postérieurs. La largeur du bassin, la saillie trop considérable des vertèbres lombaires, une grande maigreur, la présence de polypes utérins ou de tumeurs squirreuses à la surface de l'utérus, sont autant de causes qui peuvent augmenter l'obliquité normale de cet organe, et rendre ses déviations plus faciles. Lorsque, dans ces circonstances, durant les violens efforts, ou à l'occasion de chutes sur les genoux ou les fesses, les viscères abdominaux agissent spécialement sur l'une des faces de la matrice, ils tendent à l'abaisser, à la rendre horizontale et à déprimer le fond de l'organe, en même temps que, par un mouvement de bascule, son col est élevé et porté du côté opposé. L'utérus se trouve dès-lors engagé d'avant en arrière entre la vessie et le rectum; et comme sa face antérieure est celle qui se présente le plus ordinairement à l'action des viscères, son fond est presque constamment porté en arrière. Quelquefois même il est abaissé entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. Le mécanisme suivant lequel ces accidens s'opèrent a la plus grande analogie avec celui qui préside à l'apparition des hernies. L'impulsion communiquée aux intestins est la cause des uns et des autres; et l'on voit tantôt un déplacement utérin, tantôt une tumeur herniaire survenir, suivant que l'effort ayant agi sur la matrice a rejeté son fond en arrière ou en avant et en bas, ou que les viscères s'étant dirigés sur le vagin, la cloison périnéale ou d'autres régions, ils ont éraillé ces parties et se sont portés au dehors.

Les accidens qui se manifestent à la suite de l'antéversion ou de la rétroversion de l'utérus sont d'autant plus violens que ce viscère étant plus volumineux, ou plus horizontalement situé, comprime avec plus de force les organes qui l'avoisinent, et se trouve à son tour plus violemment pressé par eux. Hors l'état de grossesse, et quand le déplacement n'est pas porté très-loin, cette compression n'occasione qu'un sentiment supportable de gêne et de pesanteur dans le bassin; des tiraillemens se font sentir aux aînes et aux cuisses; l'expulsion des matières fécales et de l'urine, quoique difficile, peut encore avoir lieu. Mais si la matrice contient alors le produit de la conception, et que l'on

néglige de la remettre dans sa situation normale, son action sur les parties devient très-violente. Lorsque surtout elle s'accroît dans cette situation vicieuse, les douleurs sont bientôt intolérables; les parties externes de la génération se tuméfient et s'enflamment; la fièvre s'allume, des efforts analogues à ceux de la parturition se manifestent, et en imposent aux praticiens inexpérimentés pour un travail d'avortement; enfin, des épreintes continuelles et des envies toujours réitérées et toujours vaines d'aller à la selle se font vivement sentir. C'est alors que l'on a vu survenir des coliques atroces, des nausées et des vomissemens de liquides d'abord muqueux ou bilieux, et ensuite de matières stercorales; l'abdomen, tendu et douloureux, ne peut supporter la plus légère pression; la vessie forme au-dessus de la symphyse pubienne une vaste poche, qui se rompt chez quelques sujets et occasione la mort, lorsque cette issue funeste n'est pas le résultat de la vive inflammation des intestins et du péritoine. Ces accidens, toutefois, n'ont pas la même intensité dans les antéversions que dans les rétroversions. Le col de la vessie s'élevant à mesure que le corps de ce viscère s'emplit, il entraîne avec lui en haut et en avant la paroi vaginale antérieure et le col utérin; de son côté, le rectum dilaté au-dessus du point de compression par l'abord des matières fécales, abaisse de plus en plus le corps, qui s'oppose à l'évacuation de celles-ci. Il résulte de cette double disposition que dans l'antéversion le col de l'utérus qui est en arrière se trouve attiré vers le pubis par la vessie, en même temps que le rectum le repousse en bas; tandis que les mêmes causes tendent au contraire à maintenir la rétroversion, à en augmenter l'étendue, et à donner de nouvelles forces aux accidens qu'elle détermine.

Quelle que soit la nature des phénomènes que présente la maladie, le toucher permet seul de reconnaître positivement l'espèce et la gravité du désordre qui existe dans les parties. Le doigt fait sentir à l'entrée du vagin une tumeur qui remplit exactement la cavité pelvienne. Dans l'antéversion, la matrice présente sa face antérieure; le col est porté en arrière; la paroi vaginale postérieure présente une tension qui contraste avec le relâchement de la paroi opposée. Les doigts portés au-dessus de la symphyse pubienne, les muscles abdominaux étant relâchés, parviennent souvent jusqu'à une tumeur solide, qui n'est autre chose que le corps et le fond de l'utérus. Dans la rétroversion, la face postérieure de cet organe s'offre au toucher; la paroi correspondante du vagin est relâchée, tandis que l'antérieure présente une tension d'autant plus grande que le déplacement est porté plus loin. La déviation en avant n'altère presque en rien la direction de l'urètre; durant le renversement en arrière, au contraire, ce canal se relève, et atteint quelquefois

jusqu'à la partie supérieure de la symphyse du pubis. Le doigt, porté dans l'intestin rectum, fait reconnaître la saillie plus large et plus prononcée dans la rétroversion, plus légère et plus conique dans l'antéversion, et que forme le fond ou le col de l'utérus. Le chirurgien doit apporter à ces explorations toute l'attention dont il est susceptible : on a vu les praticiens les plus habiles ou méconnaître des déviations qui existaient, ou prendre pour des lésions de ce genre des tumeurs anormales développées dans le bassin. Levret fit pratiquer la cystotomie à une femme qu'il croyait atteinte d'un calcul vésical chatonné, et qui n'avait qu'une antéversion, dont il ne reconnut l'existence qu'après la mort.

Le traitement des antéversions et des rétroversions de l'utérus consiste : 1°. à détruire les obstacles qui peuvent rendre nuls ou dangereux les efforts auxquels on est obligé d'avoir recours afin de replacer l'organe dans sa situation normale; 2°. à opérer cette réduction; 3°. à maintenir la partie réduite; 4°. enfin à combattre les effets que le déplacement a pu occasioner. Il est d'autant plus nécessaire de procéder promptement à l'opération que le déplacement en arrière étant une fois commencé, les accidens tendent incessamment à devenir plus graves, et à rendre le succès moins facile.

Un des premiers soins que réclame alors la femme, est d'évacuer promptement les matières fécales et l'urine accumulées dans leurs réservoirs. Le cathétérisme présente souvent de grandes difficultés : avec le doigt indicateur introduit dans le vagin, il faut soulever la matrice et la porter en arrière, ainsi que l'a surtout recommandé Naegele. L'urètre se trouve dégagé par cette manœuvre, et lorsque l'urine ne sort pas spontanément, l'introduction de la sonde devient facile. Le changement survenu dans la direction des parties pendant la rétroversion exige fréquemment alors, ou que l'on fasse usage d'une sonde recourbée comme les algalies dont se servent les hommes, ou que l'on ait l'attention de diriger la sonde de femme en haut, derrière la symphyse pubienne. Au moyen de ces précautions, le cathétérisme est presque toujours possible, et il est très-rare que l'on soit obligé de recourir à la ponction de la vessie au-dessus du pubis. L'évacuation des matières fécales est moins difficile : lorsque la compression est très-exacte, on peut, comme dans les cas de squirre du rectum, porter jusqu'au-dessus de l'obstacle une grosse sonde de gomme élastique, à travers laquelle sortent aisément les matières presque toujours liquides qui engouent l'intestin. Si cette évacuation n'avait pas lieu, des injections dirigées dans la canule délaieraient les matières et faciliteraient leur sortie. Ces opérations suffisent fréquemment pour rendre la réduction possible; mais lorsque l'enclavement

de la matrice est considérable, et qu'il a duré long-temps, il convient presque toujours d'employer les fomentations émollientes, les injections de même nature dans le vagin, les bains et les saignées générales ou locales, afin de détruire l'excès d'irritation et de phlogose dont les parties affectées sont ordinairement le siége. Dans beaucoup de circonstances même, c'est par la saignée locale et les applications émollientes qu'il faut commencer le traitement.

Afin de replacer ensuite la matrice, la femme doit être située sur les genoux et sur les coudes, ou, si cette position lui paraît trop fatigante, on la fait coucher sur le dos, la tête, la poitrine et les membres inférieurs fléchis sur le ventre, en l'engageant à n'exécuter aucun effort pendant que l'on opère. Dans le cas d'antéversion, il suffit presque toujours de porter deux ou trois doigts derrière les pubis, leur face palmaire tournée vers le rectum, et de faire effort avec eux pour porter l'utérus vers le centre du détroit supérieur. Cette manœuvre ne présente ordinairement pas de difficultés. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la rétroversion. Grégoire, Sabatier et quelques autres praticiens recommandent alors d'introduire quelques doigts dans le rectum, et de soulever avec eux le fond de la matrice, tandis qu'avec un ou deux doigts de l'autre main portés dans le vagin, on accroche et on abaisse le col de cet organe; mais il est impossible, dans les renversemens portés très-loin, d'arriver jusqu'au col, qui est relevé et fortement appliqué contre la face interne de la symphyse pubienne. Le procédé recommandé par un grand nombre de praticiens, et qui consiste à repousser le fond de la matrice en haut avec plusieurs doigts, ou même avec la main entière introduite dans le rectum, a le désavantage de ne permettre d'agir sur l'organe déplacé qu'à travers une plus ou moins grande épaisseur de parties, qui glissent les unes sur les autres et rendent les efforts infructueux. Il paraît plus rationnel et plus sûr d'agir immédiatement sur la face postérieure de l'utérus avec deux ou trois doigts portés dans le vagin, leur face dorsale correspondant au rectum, et avec lesquels on porte le fond de la matrice en haut et en avant, vers le centre du détroit abdominal. Quelques personnes conseillent alors d'envelopper ces doigts de linge, afin qu'ils ne glissent pas sur l'utérus; d'autres veulent que l'on place entre eux et la partie quelque corps intermédiaire qui amortisse leur action; mais ces précautions sont le plus ordinairement inutiles.

On n'éprouve d'obstacle sérieux au redressement de la matrice, que dans le cas de grossesse déjà voisine du quatrième mois. C'est alors seulement en effet que l'enclavement de cet organe peut être très-serré. L'on doit agir dans ce cas sur l'utérus d'une manière lente, soutenue et prolongée, jusqu'à ce qu'il

ait repris sa situation normale. Il n'abandonne jamais qu'avec lenteur l'excavation du sacrum, dans laquelle il s'est logé; mais lorsque le centre de sa convexité a franchi la saillie de cet os, le reste s'opère seul et avec vivacité. Le fond de l'utérus occupe le détroit supérieur, et tous les accidens disparaissent à l'instant même. La crainte de provoquer l'avortement ne doit pas arrêter le praticien, car cet accident est moins à redouter que le renversement lui-même. Lorsque les premières tentatives ne réussissent pas, il faut varier la situation de la femme et la direction des efforts que l'on exerce; on peut revenir sur les bains, les fomentations, les saignées, dans les cas où l'on suppose que l'engorgement et l'inflammation du tissu de l'utérus, du rectum, de la vessie ou du tissu cellulaire pelvien s'opposent à la réduction.

Mais quand enfin on a été appelé trop tard, et que l'enclavement résiste aux efforts les plus puissans et les mieux dirigés, quel parti doit prendre le chirurgien? En abandonnant les parties dans leur situation actuelle, la femme et le fœtus sont condamnés à une mort certaine. Afin de prévenir cette issue funeste, Lyne, G. Hunter et quelques autres ont proposé de plonger un trois-quarts à travers le vagin, dans la partie postérieure de la matrice. Cette opération, pratiquée plusieurs fois, entre autres par Jourel et Bouchet, et à Lyon sous les yeux de Viricelle, a eu un plein succès : les eaux étant évacuées, la matrice a pu être redressée, et l'avortement s'est effectué sans accident. Mais en agissant ainsi, on sacrifie l'enfant, sans mettre la mère à l'abri de tout danger, puisque la ponction de la matrice peut être suivie d'une métrite mortelle. Sabatier croyait, peut-être avec raison, que l'on préviendrait cet accident en faisant usage du bistouri, dont la lame ferait une plaie moins facile à s'enflammer que celle du trois-quarts. Gardien a proposé de suppléer à cette opération par la section de la symphyse pubienne. Il fait observer qu'un léger écartement des pubis permettrait sans doute à la matrice de se dilater latéralement assez pour que son diamètre longitudinal diminué, d'autant, pût être reporté dans sa direction normale. Suivant lui, le fœtus serait alors conservé, et la femme n'éprouverait sans doute pas de symptômes plus graves qu'à la suite de la ponction. Mais, d'une part, la section de la symphyse pourrait ne pas suffire pour permettre de redresser la matrice, et alors elle aurait été pratiquée en pure perte; elle aggraverait la situation de la femme, à laquelle il faudrait faire encore la ponction ou l'incision de l'utérus; de l'autre, cette opération est incontestablement plus grave que l'évacuation des eaux par le trois-quarts, et si elle entraîne des chances semblables à celles qu'elle présente lorsqu'on l'emploie pour terminer l'accouchement, on ne doit pas hésiter à la proscrire. Enfin, il est vraisemblable que l'avorte-

ment succéderait presque toujours à une opération aussi grave et aux efforts auxquels on aurait dû se livrer avant d'y recourir; de telle sorte que, sans assurer la conservation du fœtus, elle mettrait en danger les jours de la mère. Telles sont les raisons que nous avons à opposer à la symphyséotomie qui peut sembler avantageuse au premier abord, mais que les praticiens prudens n'exécuteront jamais sans avoir long-temps balancé les avantages et les inconvéniens qu'elle présente dans le cas particulier qui nous occupe.

La matrice étant replacée, si la femme est enceinte et près d'atteindre son quatrième mois, il suffit de lui faire garder le lit pendant quelques jours : les progrès de la grossesse rendront impossible la récidive du renversement. Il n'en est pas de même lorsque l'organe est dans un état de vacuité. Après quelques jours de repos, et toutes les traces d'inflammation locale étant dissipées, un pessaire est souvent indispensable pour soutenir le col utérin et prévenir le renouvellement de la déviation. Les bains ou les demi-bains, les fomentations et les injections vaginales émollientes, les applications de sangsues sont presque toujours utiles après la réduction, afin de combattre l'irritation de la matrice, de la vessie et du rectum. Lorsque le réservoir de l'urine, après avoir été distendu outre-mesure, tarde à recouvrer son ressort et sa tonicité, il convient d'employer les applications et les injections stimulantes dont on fait usage dans les cas de paralysie de cet organe.

Les *obliquités* de la matrice consistent dans les inclinaisons que l'axe longitudinal de cet organe peut présenter pendant la grossesse, relativement à l'axe vertical du corps. Ces déviations, connues des anciens, n'ont cependant été bien décrites que depuis Væsterus, Bœltern et Deventer, qui a le plus contribué à établir la véritable théorie de leur développement. On a long-temps admis quatre espèces d'obliquité, que les auteurs ont distinguée en antérieure, latérale droite, latérale gauche, et postérieure. Mais celle-ci est évidemment impossible dans le sens que les auteurs ont admis, car la colonne dorsale s'oppose invinciblement à ce que l'utérus se porte en arrière durant la grossesse. La seule rétroversion qu'il soit possible d'admettre, et dont l'existence a été plusieurs fois constatée, n'est autre chose que la situation verticale de la matrice, assez commune chez les femmes qui sont à leur premier enfant, et qui dépend de la rigidité extrême de la paroi abdominale antérieure. Alors en effet, le corps de l'utérus est relevé, tandis que son col est placé plus en avant qu'il ne devrait l'être.

L'obliquité antérieure de la matrice existe chez presque toutes les femmes. Elle dépend, d'une part, de l'inclinaison en avant de l'axe du détroit supérieur du bassin, de l'autre, de la faible

résistance qu'oppose la paroi abdominale antérieure à la pression exercée sur elle d'arrière en avant par l'utérus. Cette obliquité commence à se manifester aussitôt que l'organe chargé du produit de la conception sort du petit bassin. Elle fait des progrès à mesure que la grossesse avance, et devient d'autant plus considérable, que les muscles abdominaux sont plus affaiblis, et que la femme a déjà fait un plus grand nombre d'enfans. Vers le milieu de la grossesse, l'axe longitudinal de la matrice est à peu près parallèle à l'axe du détroit supérieur du bassin ; mais vers la fin de la gestation, il est beaucoup plus incliné en avant que cet axe ; chez quelques sujets le ventre tombe jusque sur les cuisses, et l'utérus a une direction presque horizontale.

Privée d'attaches solides, et ne reposant que sur la base étroite et arrondie que lui forme son col, la matrice s'incline presque toujours, en se développant durant la grossesse, vers l'un ou l'autre côté de l'abdomen. On ne doit attribuer ces obliquités latérales ni à l'habitude qu'a contractée la femme de se coucher à droite ou à gauche, ni à l'insertion du placenta sur l'un des côtés de l'utérus ; et quoique des tumeurs squirreuses ou autres situées dans le bassin ou dans l'abdomen, puissent refouler cet organe vers l'hypochondre opposé, cependant cette circonstance, qui se rencontre très-rarement, ne saurait être la cause de la déviation presque constante de la matrice. Chez la plupart des femmes, cet organe est obliquement dirigé à droite, et à peine une fois sur cent trouve-t-on son obliquité gauche. Cette particularité, qui est fort remarquable, dépend de la présence, au milieu du détroit du bassin, de la saillie formée par la base du sacrum et par les dernières vertèbres lombaires. Lisse, étroite et arrondie, cette saillie rejette presque constamment l'utérus, qui a lui-même une forme sphéroïde, de l'un ou de l'autre côté. Mais sur le côté gauche, on remarque le rectum et la fin du colon descendant qui, souvent distendus par les matières stercorales, repoussent en quelque sorte la matrice. Aucun obstacle semblable ne se remontrant à droite, ce viscère se trouve naturellement porté de ce côté, et à mesure qu'il devient plus considérable, il conserve cette inclinaison. On la remarque déjà vers la fin du troisième mois de la grossesse, mais il est rare qu'elle soit jamais portée aussi loin que l'obliquité antérieure. La déviation de l'utérus à gauche dépend presque toujours soit de causes rares et accidentelles, de la nature de celles que nous avons désignées plus haut, soit de ce que la matrice étant sortie du bassin sans avoir acquis d'obliquité, elle est autant portée, dans l'abdomen, à se diriger à gauche qu'à droite.

On ne peut juger sainement du degré d'obliquité de la ma-

trice qu'en palpant le ventre de la femme. On reconnaît facilement, au moyen de cette exploration, et le côté que le fond de l'utérus occupe, et le degré d'inclinaison que cet organe présente. Le toucher ne donne pas toujours alors des connaissances aussi positives et aussi exactes qu'on le pourrait croire. Ordinairement, il est vrai, le col utérin est d'autant plus incliné vers l'une des parois du bassin, que le fond de l'organe est lui-même plus enfoncé du côté opposé de l'abdomen. Mais quelquefois aussi, la matrice, en devenant oblique, se fléchit en quelque sorte sur son col, de telle manière que l'exploration de celui-ci ne présente presqu'aucune déviation, tandis que le corps du viscère en éprouve une bien évidente. Assez souvent, enfin, en même temps que la matrice se porte de l'un ou de l'autre côté, elle exécute un mouvement de torsion sur le vagin, de telle sorte que, dans l'obliquité gauche, par exemple, elle présente en avant sa partie latérale droite, ainsi que l'ovaire et la trompe qui lui correspondent, circonstance dont il importe de se rappeler en pratiquant la GASTRO-HYSTÉROTOMIE, afin d'éviter sûrement ces organes, dont la lésion pourrait occasionner une hémorragie mortelle.

Lorsque l'obliquité de la matrice n'est pas portée très-loin, elle n'apporte aucun obstacle à la parturition. Mais, quand cette déviation est extrême, elle peut devenir nuisible ; et même alors si l'on néglige, vers la fin de la grossesse, de soutenir le ventre, il survient des douleurs dans les lombes, des tiraillemens insupportables aux aines et aux cuisses, un engourdissement continuel du côté vers lequel est incliné l'utérus. Une ceinture élastique, assez serrée pour soutenir les parties, mais assez lâche aussi pour ne pas nuire au développement du fœtus, est alors très-convenable, et nous connaissons des femmes à qui Verdier en a placé de semblables avec le plus grand succès.

Lorsqu'à raison d'une obliquité extrême, le col utérin se trouve dirigé vers l'un des points de la circonférence du bassin, sa dilatation s'opère plus difficilement que s'il correspondait au centre de cette cavité. On doit alors faire coucher la femme du côté opposé à celui que le fond de la matrice occupe, et presser sur ce viscère afin de le porter vers la ligne médiane. Souvent ces attentions suffisent pour régulariser le travail. Mais quand il n'en est pas ainsi, et que la tête de l'enfant, appuyant contre la portion de la matrice qui la recouvre ; la distend, la contond, et consume, sans avancer, les forces de la femme, il faut s'efforcer d'aller chercher le col, introduire un ou deux doigts dans son orifice, l'attirer au centre du bassin, en même temps que l'on redresse avec la main le corps de l'organe, et enfin le maintenir dans cette situation jusqu'à ce que la tête

s'engageant dans le bassin rende impossible une déviation nouvelle. Cette manœuvre peut être commencée durant une douleur, ainsi que le conseillent Smellie et A. Petit; mais presque toujours il faut la continuer pendant l'intervalle de plusieurs contractions, jusqu'à ce que la rectitude soit parfaitement rétablie. Enfin, certaines obliquités extrêmes et rebelles à tous les efforts peuvent exiger que l'on pratique l'HYSTÉROTOMIE.

HYSTEROMANIE, s. f., *hysteromania*. Louyer-Villermay désigne sous ce nom la complication de la manie avec l'hystérie, et celle de l'hystérie avec la manie.

HYSTÉROPTOSE, s. f., *hysteroptosis*. Nous réunissons sous cette dénomination deux maladies distinctes, mais qui ont entre elles la plus grande analogie; ce sont : la chute de la matrice et le renversement de cet organe.

Suivant plusieurs écrivains, et entre autres Astruc et Sabatier, la *chute* de la matrice peut présenter trois degrés. Dans le premier, que l'on a désigné sous le nom de relâchement, l'utérus est seulement placé un peu au-dessous de sa situation normale; le second, qui a été nommé descente ou prolapsus incomplet, est caractérisé par la présence du col au fond du bassin et à l'orifice vaginal; le troisième enfin, ou la précipitation de la matrice, consiste dans la sortie plus ou moins complète de cet organe hors des parties génitales externes. Mais cette classification, ainsi que toutes celles que l'on a établies sur le même principe, sont inutiles; car la matrice, en se portant en bas, peut présenter des degrés infinis d'abaissement qu'il est impossible de signaler, de décrire, et qui déterminent des accidens identiques.

La matrice est maintenue dans sa situation, non-seulement par les replis péritonéaux qui forment ce que l'on appelle ses ligamens larges, ou par les cordons cylindroïdes qui constituent ses ligamens ronds, mais encore par l'ensemble du tissu cellulaire qui l'environne, et par la portion du péritoine qui, du rectum et de la vessie, se porte sur elle. Or, une maigreur subite, une largeur considérable dans l'excavation et dans le détroit inférieur du bassin, les hydropisies, les grossesses réitérées, les flux leucorrhoïques prolongés et les autres affections du même genre, en détruisant la cohésion et la fermeté de ce tissu, privent la matrice de tout support, et la disposent à descendre plus ou moins bas. Des efforts violens, des chutes sur les genoux ou les fesses, et très-communément chez les chanteuses les contractions long-temps soutenues et fréquemment réitérées du diaphragme, sont autant de causes occasionelles de la chute de ce viscère. On conçoit aisément qu'une telle affection doit être plus rare chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, et surtout chez les vierges, que chez les autres sujets.

Cependant on trouve dans Mauriceau, Saviard, Levret, Monro et plusieurs autres, des exemples de chutes de la matrice chez de très-jeunes filles. Presque toujours, les polypes utérins, quel que soit le lieu de leur implantation, déterminent l'abaissement de l'organe qui leur donne naissance; mais alors la chute est accidentelle, et la matrice remonte presque toujours spontanément aussitôt qu'on l'a débarrassée du corps étranger qui la surchargeait.

Les accidens que détermine la descente de l'utérus sont très-variés. Les uns dépendent immédiatement du changement survenu dans la situation et dans les rapports des parties, les autres ont leur source dans les sympathies qui unissent l'organe affecté aux principaux viscères. Des tiraillemens considérables aux aînes et aux cuisses, des douleurs dans les lombes, un sentiment général de fatigue, et la sensation d'un corps volumineux qui fait effort pour franchir la vulve, tels sont les phénomènes locaux de la chute incomplète de la matrice. Cet organe comprimant le rectum et l'urètre, des épreintes, une difficulté plus ou moins grande d'uriner, sont encore l'effet de son déplacement. A mesure que celui-ci devient plus considérable, les phénomènes dont il s'agit acquièrent plus d'intensité. Ils augmentent par une station prolongée, et diminuent par la position horizontale. Il est des malades qui ne peuvent expulser les matières stercorales et l'urine qu'après s'être étendues sur le dos, et avoir reporté la matrice en haut avec un ou deux doigts introduits dans le vagin. Une irritation plus ou moins vive de la membrane muqueuse du vagin est fréquemment la suite de ces incommodités, et détermine presque toujours un flux leucorrhoïque dont la source est quelquefois difficile à découvrir.

En descendant, la matrice entraîne avec elle la partie supérieure du vagin, qui se replie sur la portion voisine du col. Les trompes et les ligamens ronds prennent une direction verticale; la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du rectum sont entraînées au centre de l'excavation. On trouve assez souvent, dans la simple relaxation de la matrice, le col de cet organe allongé, incliné vers l'un des côtés du bassin, et appuyé sur le coccyx et sur l'un des ligamens sacro-ischiatiques. Lorsque la sortie de l'utérus est complète, on observe entre les cuisses de la femme une tumeur volumineuse que tapisse le vagin renversé, et à la partie inférieure de laquelle se trouve le col utérin. L'urètre a pris une situation horizontale; la vessie, descendue en arrière, occupe la place que la matrice a quittée, et l'urine est souvent dirigée en avant, ou même en haut vers le ventre de la malade. Soumise au contact de l'air, froissée par les cuisses, inondée d'urine et quelquefois salie par

les matières fécales, la membrane interne du vagin renversée et formant le sac dans lequel la matrice est contenue, acquiert quelquefois la densité et la blancheur des tégumens, tandis que chez d'autres malades elle s'enflamme, s'ulcère, et dans certains cas se recouvre d'escarres gangréneuses.

Un fait clinique fort important, et dont l'observation démontre chaque jour de plus en plus l'exactitude, c'est que, si les accidens locaux produits par la descente de la matrice peuvent ne point exister lorsque ce déplacement n'est pas considérable, ou peuvent se dissiper par l'habitude quand il est ancien, les accidens sympathiques déterminés par la même cause se manifestent très-souvent alors, et constituent les seuls phénomènes appréciables de la maladie. Désormeaux établit, d'après Astruc, que le premier degré de la chute de la matrice est exempt d'incommodités; cette assertion, contredite par l'expérience, est la source des plus funestes erreurs dans la pratique. Verdier a plusieurs fois observé, et nous avons remarqué aussi que des femmes, et surtout des chanteuses, sont fréquemment atteintes de toux sèches, continuelles, accompagnées de l'impossibilité de pousser des sons aigus et prolongés, d'amaigrissement et d'autres accidens qui pourraient faire croire à l'existence d'une affection idiopathique des organes de la respiration, sans que ces phénomènes dépendent d'autre chose que d'un relâchement et d'un commencement de descente de la matrice, qui ne détermine presqu'aucun symptôme local. Un pessaire bien fait et convenablement placé dissipe aisément alors tous les désordres, et l'exercice normal des fonctions se rétablit. Des coliques répétées, des tiraillemens d'estomac, des faiblesses continuelles, des troubles divers dans l'action digestive, constituent encore des accidens sympathiques fort communs dans les cas de descente même peu considérable de la matrice, et simulent quelquefois parfaitement des gastrites ou des entérites chroniques. L'hystéroptose est si fréquente, et les erreurs du diagnostic sont alors si dangereuses, que nous n'hésitons pas à conseiller, toutes les fois que des symptômes du genre de ceux qui viennent d'être indiqués surviennent sans cause connue chez des femmes irritables, d'explorer les parties génitales, et de s'assurer positivement de la situation de l'utérus.

Le diagnostic des chutes de cet organe est quelquefois assez difficile à établir, parce que la hauteur à laquelle il est situé variant suivant les sujets, on ne saurait décider chez certaines personnes où le déplacement est peu prononcé, si ce déplacement existe réellement, ou si la matrice a conservé sa situation normale. Les circonstances commémoratives, et la nature des accidens éprouvés par la malade peuvent seules éclairer le praticien. Dans les cas douteux, il n'y a aucun inconvénient à

employer le traitement usité contre les relaxations de l'utérus, et même d'essayer l'usage d'un pessaire. Mais quand la descente est plus prononcée, le toucher, lorsque la matrice est encore située dans le bassin, ou le toucher et la vue quand l'organe apparaît au dehors, ne permettent pas de se méprendre sur sa véritable situation. On distinguera toujours à la forme, à la présence de l'orifice utérin, la tumeur formée par la matrice descendue des productions fibreuses ou autres qui pourraient déterminer des effets analogues. Enfin, la chute incomplète de l'utérus diffère de l'allongement du col de cet organe, en ce que la tumeur est, dans le premier cas, plus arrondie, et qu'elle remonte spontanément, ou par le plus léger effort, pendant que le sujet est horizontalement situé, tandis que, dans l'autre, la tumeur est conoïde et immobile au milieu du bassin. En général, on évite sûrement toutes les erreurs en touchant la malade tantôt debout, tantôt couchée, et toujours lorsque, le rectum et la vessie étant vides, la matrice peut aisément obéir à son propre poids, et changer de situation, suivant l'attitude que prend le corps.

La chute incomplète de la matrice n'est point un obstacle à la conception; mais cet organe se porte ordinairement en haut, et se maintient réduit, lorsqu'il est devenu assez volumineux pour se soutenir au-dessus du détroit abdominal. Quelquefois cependant, il reste en partie dans l'excavation, et son limbe inférieur fait saillie dans la vulve, durant les efforts de la parturition. Dans d'autres cas plus rares, la matrice, quoique remplie par le produit de la conception, reste au dehors, soit que la chute existât avant l'imprégnation, soit qu'elle n'ait eu lieu qu'après. Des exemples de l'un et de l'autre genre se trouvent cités par Van-Leuwen, Saviard, Loder et Chopart. Enfin, suivant P. Portal, Giraud et quelques autres, l'utérus peut, à l'époque de l'accouchement, franchir tout entier l'excavation pelvienne, et former entre les cuisses de la malade une tumeur semblable à un ballon. Quoique cette hystéroptose puisse paraître difficile à concevoir, et que, suivant la remarque de Levret, la tête du fœtus encore enveloppée de la matrice ait ordinairement franchi seule l'excavation pelvienne, les cas de chute complète dans ces circonstances paraissent trop bien constatés pour qu'il soit permis d'élever des doutes sur leur existence.

Le traitement de l'hystéroptose consiste à replacer la matrice dans sa situation normale, et à la maintenir réduite. Il est possible quelquefois d'obtenir la guérison radicale de la maladie; mais dans le plus grand nombre des cas, on est contraint de se borner à en pallier les phénomènes. Après les accouchemens laborieux, et lorsque la femme a des dispositions à la

descente de l'utérus, on prévient cet accident en la laissant plus long-temps couchée sur le dos, en faisant des injections toniques dans le vagin, et lorsque l'irritation est dissipée, en plaçant un pessaire dont on continue l'usage pendant un temps plus ou moins long. Lorsque l'utérus n'a pas franchi l'orifice vaginal externe, la réduction ne présente aucune difficulté. Il suffit, pour l'opérer, de faire coucher la femme sur le dos, le bassin légèrement élevé, les cuisses fléchies sur l'abdomen, et de porter doucement la matrice en haut avec un ou deux doigts introduits dans le vagin. Quand la chute est complète, il faut vider d'abord le rectum et la vessie, donner ensuite à la femme la situation indiquée, et, pressant la tumeur, l'engager entre les grandes lèvres, puis la repousser enfin jusque dans le bassin. Si l'engorgement et l'inflammation aiguë de la matrice s'opposaient immédiatement à la réduction, il serait convenable de recourir aux bains, aux fomentations émollientes, aux saignées générales et locales, afin de dissiper d'abord ces complications. Dans un cas de tuméfaction chronique et indolente de l'utérus, Desault employa avec succès une compression circulaire sur cet organe. La présence d'ulcérations à la surface du vagin ou au col de la matrice ne doit jamais contre-indiquer l'opération : ces ulcères dépendent de l'action de l'urine et des corps extérieurs, et les parties étant rentrées, ils se cicatrisent spontanément, ou à l'aide d'injections émollientes. S'il existait des escarres gangreneuses étendues, on devrait attendre leur chute pour faire rentrer les parties. Enfin, lorsque la chute complète étant fort ancienne, la matrice a pour ainsi dire perdu sa place dans le bassin, et que des accidens graves succèdent à sa réduction, il faut se contenter de soutenir la tumeur; au moyen de pressions continues exercées sur elle, on s'efforcera de la faire graduellement rentrer. Dans tous les cas où l'hystéroptose ne peut être immédiatement réduite, la malade doit conserver la situation horizontale, qui favorise le dégorgement des parties et dispose les viscères abdominaux à admettre de nouveau la matrice dans le bassin. Une exquise propreté doit préserver la tumeur du contact de l'urine, des matières fécales et de tous les objets susceptibles d'entretenir ou d'accroître son irritation et son gonflement.

Il est très-rare qu'à l'aide de ces procédés l'on ne réussisse pas à opérer la réduction. Mais, presque toujours la matrice replacée tend à reprendre au moindre effort sa situation première. Il faut combattre cette disposition en prescrivant un repos absolu pendant quelques jours. Des injections toniques et astringentes seront faites dans le vagin; des douches d'eau de Barrège sur l'abdomen, et dirigées avec précaution jusque sur le col utérin, sont ordinairement avantageuses. Ce traite-

ment, auquel on ajoute un régime analeptique et fortifiant, ainsi que des exercices modérés en plein air, a souvent suffi, dans les cas de descente peu considérable, pour procurer une guérison radicale. On a conseillé aussi la grossesse, comme un moyen d'atteindre ce but; mais il est douteux qu'après la parturition, le déplacement ne reparaisse pas, quelque attention que l'on apporte à le prévenir. Malgré les espérances de succès que l'on peut concevoir, on ne doit pas se dissimuler que, chez la plupart des sujets, un PESSAIRE bien fait ne soit le seul moyen de maintenir la matrice à son degré d'élévation normal. Semblable en cela au brayer, cet instrument, en fixant les parties, détruit quelquefois les dispositions qu'elles avaient à se déplacer, et guérit pour toujours le sujet. Il faut donc y recourir presque constamment, et l'associer aux autres moyens que l'on emploie, afin de rendre aux attaches de l'utérus leur tonicité première. Il est à peu près superflu de faire observer que quand l'hystéroptose est compliquée d'un polype fibreux ou d'une tumeur squirreuse à la matrice, on doit commencer par faire disparaître ces affections. Lorsque, enfin, l'utérus ne pouvant absolument être réduit doit demeurer au dehors, il faut le soutenir avec un suspensoir ou avec tout autre bandage analogue qui prévienne les tiraillemens douloureux dont il est la source, et le préserve autant que possible des froissemens auxquels il est exposé.

Dans les cas de grossesse, il faut se conduire d'après les principes établis plus haut. La matrice doit être replacée et maintenue, soit avec un pessaire ordinaire, soit au moyen d'une sorte de boudon fait avec de la toile, et dont une extrémité appuiera sur le col utérin, tandis que l'autre sera soutenue par un chauffoir. La malade devra se tenir, le plus long-temps possible, couchée sur le dos. C'est dans cette situation, et le bassin étant un peu élevé, qu'elle doit rendre son urine, afin d'éloigner la matrice de l'urètre; et, si ces précautions ne suffisent pas, il convient qu'introduisant deux doigts dans la vulve, elle repousse l'utérus en haut pendant que l'urine s'écoule au dehors. Durant la parturition, il faut engager la malade à modérer les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, afin de confier la plus grande partie du travail à la matrice et de s'opposer à sa sortie. Le chirurgien doit encore prévenir cet accident, en soutenant l'utérus avec une main placée sur la région hypogastrique, tandis que les doigts de l'autre, dirigés à l'entrée du vagin, repoussent le col qui est prêt à le franchir.

Si, lorsqu'on est appelé, la tumeur était déjà trop volumineuse pour être réduite, il serait indispensable de la soutenir avec un suspensoir approprié, de faire garder à la femme une situation horizontale, et, à l'époque de l'accouchement, d'at-

tendre la délivrance des seules contractions utérines. Elles seraient d'autant plus efficaces dans ce cas, que l'enfant n'a que le col à franchir ; et il est inutile de recourir alors aux incisions et aux dilatations forcées de cet organe qui ont été recommandées par quelques accoucheurs, et qui sont généralement rejetées de la saine pratique. Mais il est rare qu'alors la grossesse arrive à son terme normal. Dans tous les cas, la délivrance étant achevée, il faut replacer la matrice, et s'opposer ensuite à sa sortie nouvelle à l'aide des moyens précédemment indiqués.

Beaucoup plus rare que le simple prolapsus, le *renversement* de la matrice se déclare presque toujours, soit au moment où la parturition se termine, soit, au plus tard, quelques jours après, lorsque la substance utérine reste dans un état de relâchement et d'inertie. Les tractions immodérées exercées sur le cordon ombilical, et quelquefois l'action trop prompte et trop violente de la matrice qui chasse tout à coup l'œuf, sont les causes occasionelles les plus ordinaires de cet accident, qui peut survenir aussi toutes les fois que la matrice expulse avec effort les produits anormaux de la conception, ou l'eau et le sang accumulés dans sa cavité. Chez les femmes que certains auteurs ont cru atteintes de renversement long-temps après leurs couches, il est probable que le déplacement s'était graduellement opéré dès l'instant de la parturition, mais que, se méprenant sur la nature de cet accident, les malades n'ont réclamé que plus tard, et lorsque la tumeur a paru au dehors, les secours de la chirurgie. Ané a publié cependant quelques observations de renversemens survenus après douze jours depuis l'accouchement.

Quoiqu'il en soit, le renversement utérin peut présenter trois degrés différens, suivant que le fond de l'organe s'est seulement abaissé et s'est rapproché du col, ou qu'une partie des parois de la matrice a franchi son orifice vaginal, ou bien enfin que l'utérus est entièrement retourné sur lui-même, et que sa face interne est devenue externe. Dans ce dernier cas, ou la matrice est encore contenue dans le vagin, ou, entraînant ce conduit, elle fait saillie à travers les parties génitales externes. Ces lésions supposent évidemment, dans les parois utérines, une mollesse et une laxité considérables, ainsi qu'une dilatation du col assez grande pour permettre le passage d'un corps volumineux ; et, quoi qu'en ait dit Sabatier, ces circonstances ne se rencontrent qu'après l'expulsion des substances qui ont pu dilater considérablement le tissu de la matrice et diminuer sa solidité.

Lorsque le fond de cet organe est seulement abaissé, le doigt, porté dans l'orifice du col, le rencontre à un pouce, à six lignes, ou plus près encore de cette partie. La main, appliquée sur l'hypogastre, fait sentir, au lieu d'une tumeur globuleuse,

un aplatissement, une sorte de *cul de lampe*, formé par la dépression de l'utérus. Les bords saillans de cette dépression peuvent être aisément distingués; et l'on reconnaît qu'elle est dirigée en avant, en arrière ou sur les côtés, suivant que le renversement s'opère aux dépens des parties antérieures, postérieures ou latérales de l'organe. A chaque traction exercée sur le cordon ombilical, ou à mesure que le renversement fait des progrès, on sent, avec la main portée sur le ventre, la concavité supérieure du corps de la matrice augmenter de profondeur et s'enfoncer vers le petit bassin.

Dans le renversement partiel ou incomplet, on trouve que le col utérin est occupé par une tumeur hémisphérique plus ou moins volumineuse, suivant que le placenta y est encore attaché ou non, et qui se prolonge à travers l'ouverture de la matrice. Un bourrelet circulaire, d'une épaisseur variable, et formé par le col, entoure la base de cette tumeur. Dans le renversement complet, et lorsque l'utérus remplit encore le petit bassin, le vagin est occupé par une tumeur conoïde, dont la base est en bas et le sommet en haut. Quoique l'on sente fort bien, à travers la région hypogastrique, le globe utérin formé par la matrice renversée, cependant, chez les femmes maigres, on distingue assez facilement le bourrelet formé au sommet de ce globe par le col proéminent de l'organe. Si le renversement est compliqué d'un prolapsus complet, la cavité pelvienne est entièrement vide; la matrice ne peut être sentie au-dessus du pubis. A l'extérieur, on trouve une tumeur pyriforme, rougeâtre, inégale, fongueuse, susceptible de saigner au moindre attouchement, et qui présente à son sommet un bourrelet saillant formé par le col. Le vagin retourné constitue une sorte de tube ou de pédicule qui semble servir à l'implantation de la tumeur.

La maladie qui nous occupe est constamment accompagnée d'accidens d'autant plus graves que le déplacement est porté plus loin. De toute la surface de l'utérus, et surtout des endroits où le placenta se trouvait attaché, surgit une quantité de sang proportionnée au degré d'inertie de l'organe, et quelquefois assez abondante pour faire promptement périr le sujet. Des tiraillemens insupportables aux lombes et à l'estomac, un sentiment de distension dans l'intérieur du bassin accompagnent ordinairement cette variété de l'hystéroptose. Le renversement complet, quand il s'est brusquement opéré, détermine des douleurs déchirantes; il semble à la malade qu'on lui arrache les viscères, et l'on voit se succéder des convulsions et des syncopes effrayantes par leur durée et leurs récidives. Lorsque, dans le renversement incomplet, la partie de la matrice qui a franchi le col se trouve comprimée par lui, elle s'enflamme, s'étrangle, se durcit et quelquefois se gangrène. Une fièvre violente, des

douleurs atroces, des mouvemens convulsifs, et surtout une péritonite aiguë, sont la conséquence d'une telle complication, et entraînent fréquemment la mort du sujet. Le simple abaissement du fond de l'utérus survient avec tant de facilité, il est si commun, il donne lieu à une hémorragie si grave et si rebelle, que toutes les fois qu'un écoulement sanguin abondant se manifeste après la parturition, il faut recourir au toucher afin de reconnaître exactement la disposition de l'organe. Chez les femmes qui résistent aux accidens primitifs de la maladie, on voit la matrice, s'habituant à sa situation nouvelle, acquérir une assez grande densité, se recouvrir d'une sorte d'épiderme, et donner lieu tantôt à des hémorragies habituelles, tantôt seulement à l'écoulement des menstrues qui pleuvent de sa surface, et presque toujours à un flux leucorrhoïque abondant. Parvenu à ce degré, le renversement ne produit d'autres accidens que ceux qui accompagnent la précipitation simple et déjà ancienne de l'utérus.

Il est facile de reconnaître l'abaissement du fond de la matrice; mais on peut quelquefois confondre la tumeur formée par son renversement incomplet ou total avec celle que produit un polype qui aurait franchi soit le col, soit les parties génitales externes. Cependant les circonstances commémoratives sont alors d'un grand secours pour éclairer le diagnostic. L'insensibilité des polypes contraste tellement avec la sensibilité de l'utérus, que ce caractère suffit presque pour ne pas permettre de confondre long-temps ces deux affections. Le pédicule d'un polype qui a franchi le vagin est toujours plus grêle, plus solide et plus fibreux que le tube vaginal qui soutient la matrice renversée. La sortie des tumeurs polypeuses les plus considérables n'entraîne pas de dérangement dans la situation de la vessie, et le doigt ou la sonde peut être introduit à une grande hauteur entre elles et le col qui les embrasse : le contraire a lieu dans les déplacemens utérins. Ces maladies sont plus difficiles à distinguer lorsque le renversement complet est ancien, que la matrice a repris son volume normal, et que, rentrant en partie dans son col, ainsi que l'a observé Baudelocque, elle pèse moins sur le périnée et diminue de longueur. Toutefois, les signes indiqués plus haut suffisent encore, si l'on examine les parties avec attention, pour faire sûrement reconnaître le renversement. Enfin, les polypes volumineux, implantés au fond de l'utérus, entraînent assez fréquemment au dehors la plus grande partie ou la totalité de cet organe, lorsqu'ils franchissent le col à la suite de violens efforts d'expulsion. Alors on trouve deux tumeurs, séparées par le pédicule du polype, et la nature de la maladie est bientôt dévoilée.

Rendre à la matrice sa forme normale et la maintenir dans sa situation, telles sont les indications curatives que présente

la maladie qui nous occupe. Dans le cas de simple abaissement, le fond de l'utérus se relève souvent de lui-même, par l'effet des contractions spontanées de ses fibres, surtout si l'on favorise leur resserrement au moyen de frictions sur l'hypogastre, et si l'on élève le bassin avec des oreillers, afin d'éloigner les viscères qui tendent, par leur pesanteur, à augmenter le désordre. Souvent il est nécessaire de joindre à ces procédés l'introduction de quelques doigts ou de la main dans l'utérus, et de stimuler légèrement la face interne de ce viscère, en même temps que l'on soutient son fond jusqu'à ce que la dépression soit effacée. Il convient, lorsque la délivrance n'a pas encore eu lieu, de ne la solliciter que quand la matrice a repris sa forme. Enfin, quelques injections astringentes contribuent à remplir les mêmes indications, et tendent à modérer l'hémorragie lorsqu'elle est abondante et que l'organe est très-relâché.

Il convient, en général, de réduire la matrice aussitôt que l'on a reconnu son renversement. Cette opération n'offre pas de grandes difficultés lorsque le fond de l'organe a seul franchi le col. Pour l'obtenir, la femme étant située comme il a été dit précédemment, le chirurgien saisit la tumeur avec les doigts de la main droite convenablement graissés et distribués autour de son pédicule. Procédant ensuite comme s'il voulait réduire une hernie, il repousse d'abord les parties qui sont sorties les dernières, et termine en faisant rentrer le sommet de la tumeur. La même manœuvre convient dans un cas de renversement complet. Cependant quelques personnes donnent alors le conseil d'embrasser avec la main la partie la plus saillante de la tumeur, et de la repousser pour ainsi en dire en bloc à travers le col; mais ce procédé présente souvent de grandes difficultés. Les parties étant replacées, il faut laisser la main dans la matrice jusqu'à ce que les contractions de cet organe aient réduit son volume assez pour rendre impossible un déplacement ultérieur. Les accidens s'apaisent aussitôt, l'hémorragie s'arrête, et tout rentre dans l'ordre normal. La malade doit seulement garder plus long-temps le lit qu'après les couches ordinaires, et prévenir sûrement, par l'usage d'un pessaire, la descente de l'utérus à laquelle elle est exposée.

Si le placenta adhère encore à la matrice renversée, et qu'il ne gêne pas la réduction, il convient de le laisser et de n'opérer la délivrance qu'après le resserrement du tissu de l'organe; dans le cas contraire, on doit provoquer sa chute et réduire ensuite la tumeur, dont le volume est alors diminué. Lorsque le col, violemment resserré sur le fond de l'organe, le comprime et l'étrangle, on le déchirerait quelquefois, ou l'on romprait les adhérences du vagin à la matrice plutôt que d'opérer la réduction. Il faut alors ajourner celle-ci et combattre le

spasme du col, ainsi que l'irritation et la tuméfaction inflammatoire de la tumeur étranglée au moyen des fomentations émollientes, des bains et même des saignées générales et locales. Souvent alors, après quelques heures, on obtient sans de grands efforts ce qu'il aurait été impossible d'exécuter dans les premiers instans. Si la réduction présente encore des difficultés insurmontables, on conseille de combattre les accidens qui se manifestent, de réitérer de temps à autre les tentatives, et de soutenir la matrice dans les intervalles, soit avec un pessaire lorsqu'elle est renfermée dans le vagin, soit au moyen d'un chauffoir, dans le cas où elle fait saillie au dehors. Ces moyens contentifs ont pour effet de modérer les douleurs, de faire cesser les tiraillemens épigastriques, et de rendre le calme à la malade. Ils doivent être continués, dans les cas où la matrice est entièrement irréductible, jusqu'à ce que ce viscère se soit accoutumé à sa nouvelle situation. Mais alors les douleurs habituelles, les hémorragies réitérées, les flux muqueux qu'il est impossible de dissiper entièrement, sont autant de circonstances qui abrègent presque toujours la vie des malades, et qui ont fait proposer dans ces cas l'extirpation complète de l'utérus. Lorsque le fond de l'utérus est étranglé, le débridement de la tumeur exécuté au moyen du bistouri boutonné porté sur le col, ne pourrait-il pas être pratiqué avec succès? Cette opération permettrait de réduire les parties, et préviendrait peut-être l'issue presque toujours funeste de la maladie, lorsqu'on l'abandonne à elle même.

Quelques écrivains, d'après les observations de Collomb, ont admis un renversement isolé de la membrane muqueuse qui revêt l'intérieur de la matrice; mais cette membrane, dont l'existence n'est pas même facile à démontrer par la dissection, est trop fine, trop délicate, trop solidement fixée au parenchyme utérin, pour qu'elle soit susceptible de former des tumeurs de ce genre. Il est vraisemblable, ainsi que Chaussier le fait observer, que l'on a pris pour la membrane muqueuse une pseudo-membrane, formée par un léger degré d'irritation de l'utérus, et qui, en se détachant, a fait saillie à travers le col. *Voyez* MATRICE.

HYSTÉRORRAGIE, s. f., *hysterorrhagia;* hémorragie utérine. Cette dénomination ne s'applique, dans le langage chirurgical, qu'aux écoulemens sanguins qui surviennent, soit pendant la grossesse, soit durant le travail de l'enfantement, soit après la sortie du fœtus. Les hémorragies dont l'utérus peut être le siége dans d'autres circonstances, et lorsque cet organe est dans l'état de vacuité, sont généralement désignées sous le titre de MÉNORRAGIE.

Tout écoulement sanguin vaginal qui survient chez une femme enceinte, doit vivement exciter l'attention du prati-

cien. Ces écoulemens toutefois ne forment pas constamment de véritables pertes. Chez beaucoup de sujets, le flux menstruel se continue après la conception, et se manifeste, avec moins d'abondance, il est vrai, aux époques accoutumées. A. Gaimeri rapporte l'exemple d'une femme qui ne fut jamais réglée que durant sa grossesse. Les écoulemens de ce genre sont quelquefois fort difficiles à distinguer des hémorragies proprement dites. On a cru trouver dans le resserrement du col utérin, un signe propre à les faire toujours reconnaître. Mais cette source de diagnostic est des plus incertaines ; car, d'une part, le col peut être si faiblement dilaté, dans une véritable hémorragie, que son occlusion paraisse complète, et de l'autre, le resserrement de cette partie succède quelquefois à la dilatation qu'a exigée la sortie du sang. Rien ne démontre d'ailleurs que l'écoulement menstruel durant la grossesse ne puisse venir de l'intérieur de l'organe et entraîner une légère ouverture du col. Sans dédaigner les lumières fournies par le toucher, il vaut donc mieux examiner attentivement alors l'état général de la femme, et surtout se rappeler les circonstances commémoratives de l'accident. Si l'écoulement est modéré, s'il survient et se renouvelle plusieurs fois à l'époque menstruelle, s'il n'est occasioné par aucune cause extérieure ou interne susceptible de troubler la marche de la grossesse, si enfin il n'est accompagné d'aucune douleur violente, d'aucun phénomène alarmant, il est très-vraisemblable qu'il dépend de la continuation des règles, et le praticien n'a d'autre indication à remplir que celle de prévenir son excessive abondance et les inconvéniens que celle-ci entraînerait.

Quelquefois produits, ainsi que l'a établi Mauriceau, par l'ouverture spontanée des vaisseaux du vagin et de ceux qui rampent à la face externe du col de l'utérus, les écoulemens dont il s'agit annoncent toujours, chez les femmes qui en sont affectées, un excès d'irritabilité de la matrice. Cet organe tend à devenir chaque mois le siége de ce que l'on pourrait appeler un redoublement de fluxion, et si le sujet est pléthorique, si des causes irritantes locales, telles que la fréquence du coït, viennent s'ajouter à la disposition de l'organe, on voit tous les accidens augmenter. Alors l'écoulement est plus abondant, des lassitudes dans les membres abdominaux, une chaleur vive à l'utérus, des frissons le long du rachis, et des tiraillemens dans les lombes le précèdent ; le pouls est plein et fréquent, les les yeux sont animés, et le visage est plus coloré que dans l'état normal. Cette hémorragie a lieu sans changement appréciable au col de l'utérus, sans contractions du corps de cet organe ; le sang qui s'écoule est rouge, vermeil et fluide, ce qui indique qu'il parvient au dehors sans avoir séjourné préalablement à l'intérieur. Chez d'autres sujets moins robustes, la ma-

trice jouissant d'un excès d'irritabilité et attirant vers elle toutes les actions vitales, on voit les flux sanguins qui nous occupent s'accompagner de la pâleur du visage, du froid et du frisson de tout le corps, d'un pouls fréquent et peu développé. Alors le sang qui s'écoule est moins coloré, moins riche, et les phénomènes locaux de la congestion n'ont qu'une médiocre intensité. Mais, dans ces deux nuances, la modification vitale de l'utérus est la même; elle consiste dans une irritation trop violente de cet organe, et rien n'autorise le praticien à donner à l'un de ces flux le nom d'actif, et à considérer l'autre comme passif ou dépendant de la faiblesse locale.

Quoi qu'il en soit, ces variétés de l'hémorragie utérine ont lieu sans lésion grave à la matrice, et sans que les rapports et les connexions du produit de la conception avec cet organe aient éprouvé aucun changement. Aussi l'écoulement menstruel durant la grossesse doit-il être respecté chez les femmes fortes, sanguines et irritables. Lorsqu'il n'est pas trop abondant, il prévient l'engorgement du placenta, et contribue à assurer l'heureuse issue de la gestation. Cependant, il convient d'écarter de la femme tout ce qui pourrait augmenter l'irritation des parties. Elle doit garder chaque jour un repos prolongé, ne se livrer habituellement qu'à des exercices modérés et à pied, éviter les secousses trop rudes des voitures mal suspendues et du cheval, s'abstenir entièrement du coït, ou ne s'y livrer qu'à de longs intervalles, et lorsque le besoin s'en fait ardemment sentir; il convient enfin qu'elle fasse un continuel usage de boissons émollientes. La saignée est indiquée lorsque le flux est considérable, que la pléthore l'accompagne et l'entretient, et qu'il pourrait dégénérer en une hémorragie funeste. Chez les femmes irritables, nerveuses et faibles, le repos, la situation horizontale prolongée, les légers antispasmodiques, les bains, sont très-convenables, afin de modérer une hémorragie qui pourrait les affaiblir davantage et nuire ainsi au succès de la grossesse. Si une chaleur vive se fait habituellement sentir à l'utérus, si la pléthore locale et l'engorgement des parties ne sont pas accompagnées de cet état général d'excitation sanguine qui réclame l'ouverture de la veine, convient-il de recourir aux applications de sangsues à l'hypogastre, aux lombes, à la vulve ou à la partie interne des cuisses? Cette question ne peut être résolue que par l'affirmative; cependant, à raison du préjugé généralement répandu, il ne faudrait user de cette ressource qu'avec réserve, et peut-être les saignées locales hypogastriques ou lombaires devraient-elles être préférées à celles de la vulve.

Les hystérorragies proprement dites sont occasionées, chez les femmes enceintes, par le décollement plus ou moins étendu du placenta ou des membranes fœtales d'avec la face interne

de l'utérus. Elles peuvent survenir à toutes les époques de la gestation, bien qu'elles soient plus communes au commencement ou à la fin de cette période qu'à son terme moyen. Elles sont plus fréquentes aussi dans les pays chauds que dans les climats tempérés ou froids. Durant les premiers mois de la grossesse, des causes accidentelles qui augmentent l'irritabilité de l'utérus, troublent son action, ou agissent mécaniquement sur lui, les déterminent constamment. Vers la fin de cette période, et surtout à l'époque du travail de la parturition, l'on voit se joindre à ces causes une circonstance qui produit nécessairement l'hémorragie, et qui tend incessamment à l'augmenter jusqu'à ce que le fœtus soit expulsé. Cette circonstance consiste dans l'adhérence du placenta au col de la matrice. On peut donc diviser les hystérorragies en deux variétés distinctes, dont les unes sont produites par le décollement accidentel de l'œuf, le placenta étant situé partout ailleurs que sur le col, et dont les autres sont inévitables, c'est-à-dire provoquées par le décollement nécessaire du placenta, lorsqu'il est implanté sur l'orifice utéro-vaginal. Nous verrons bientôt combien cette division est importante pour la pratique.

La plupart des causes susceptibles d'occasioner l'AVORTEMENT agissent en détruisant les adhérences du placenta à l'utérus. Il ne faut pas croire cependant que tous les décollemens partiels de ce gâteau spongieux soient nécessairement suivis de l'expulsion du fœtus. Ce paradoxe, avancé par Pasta, ne repose que sur une supposition gratuite, tandis que l'opinion opposée, adoptée par Puzos, a pour elle l'analogie et plusieurs faits bien constatés. Au reste, l'hystérorragie est apparente ou cachée. Dans le premier cas, il est facile de la reconnaître à la sortie d'une plus ou moins grande quantité de sang par la vulve. Elle est précédée de douleurs sourdes au fond de l'utérus, d'un sentiment de pesanteur à l'hypogastre, de tiraillemens aux lombes et aux reins, en un mot, de tous les symptômes propres aux lésions de la matrice. Dans le second, le diagnostic présente plus de difficultés. Le liquide en effet peut être retenu, soit à raison de l'occlusion du col, soit par des adhérences qui circonscrivent l'épanchement derrière les membranes fœtales, soit enfin parce que le placenta, décollé à son centre, ne l'est point encore à ses bords, et forme une sorte de poche dans laquelle s'accumule le liquide. Dans les cas de rupture du cordon ombilical, observés par Lamotte, Levret et Baudelocque, l'hémorragie était nécessairement cachée, puisque l'intégrité des membranes ne permettait pas au sang de sortir. Enfin, chez quelques sujets, Baudelocque et Balme ont vu le col entr'ouvert ne pas laisser sortir le sang parce qu'il était exactement fermé par la tête du fœtus. Dans ces circonstances on ne peut

soupçonner l'existence de l'hémorragie qu'aux phénomènes intérieurs qui annoncent son apparition, et lorsque la pâleur du visage, les défaillances réitérées, l'affaiblissement du pouls, l'obscurcissement de la vue, les tintemens d'oreilles et le froid général se manifestent, c'est-à-dire à une époque où la perte est déjà considérable, et quand le danger est devenu imminent. En explorant l'utérus avec soin, l'on observe alors qu'il a en peu de temps augmenté de volume, de fermeté et de tension, et quoique ce phénomène puisse être produit par plusieurs causes, telles qu'un dégagement rapide de gaz dans la matrice, lorsqu'un fœtus s'y putréfie, cependant il constitue, dans le cas qui nous occupe, un signe pathognomonique de l'hémorragie. Dubois prétend que celle-ci est, chez les sujets où le sang ne parvient pas au dehors, l'effet plutôt que la cause de la mort. L'utérus surchargé, et déjà rempli du produit de la conception, ne lui semble pas susceptible d'admettre assez de liquides pour faire périr la femme, et si l'on avait exploré dans ces cas toutes les parties du corps, on aurait sûrement, dit-il, trouvé dans le cœur ou le cerveau la cause de l'extinction des mouvemens vitaux. Cette opinion peut être fondée dans quelques cas où les femmes enceintes sont affectées de congestion cérébrale ou d'anévrisme du cœur, en même temps que d'hémorragie interne; mais elle ne saurait s'appliquer aux cas ordinaires, où la femme ne présente d'autres affections que l'hémorragie elle-même. Une telle doctrine peut même être dangereuse, en ce qu'elle est susceptible de distraire l'attention du praticien du foyer principal de la maladie, et de l'engager à diriger contre des lésions imaginaires des secours que réclame si impérieusement l'accident dont l'utérus est le siége.

L'hémorragie produite par le décollement du placenta implanté sur l'orifice utérin est toujours apparente, car elle n'a lieu que quand le col s'entr'ouvre, et elle augmente à mesure que sa dilatation fait des progrès. Il est fort important de reconnaître de bonne heure les écoulemens sanguins produits par cette cause, afin de leur opposer le seul traitement qui leur convienne. On parviendra facilement à établir ce point de diagnostic en considérant que l'hémorragie dont il s'agit ne se manifeste jamais avant la fin du sixième mois de la gestation, époque à laquelle le col commence à s'élargir à sa base. Souvent on ne les aperçoit qu'au milieu du huitième ou même vers la fin du neuvième, suivant que le travail préparatoire de la parturition est plus ou moins tardif. Ces hystérorragies apparaissent subitement, sans être précédées de prodromes, sans qu'aucune cause interne ou externe évidente les provoque. D'abord peu abondantes et peu durables, parce que peu de vaisseaux sont ouverts, elles reviennent constamment, après

un temps plus ou moins long, et sont, à chaque récidive, plus considérables, plus prolongées, et par conséquent plus dangereuses. Le col utérin est plus mou, plus vasculaire et plus spongieux, lorsque le placenta le recouvre, que dans les autres circonstances, parce qu'il est alors le siége d'un afflux plus considérable de liquides. Si l'on introduit le doigt dans son orifice, on le trouve occupé par la substance mollasse et spongieuse du placenta, qu'il est aisé de distinguer des caillots arrêtés quelquefois dans cet endroit. En opérant le ballottement du fœtus, on sent manifestement qu'il existe entre lui et les doigts un corps intermédiaire plus ou moins épais et résistant. Ce signe peut avertir de la présence du placenta sur le col, alors même que celui-ci n'est pas encore assez dilaté pour pouvoir admettre le doigt. Enfin, en examinant la marche de l'écoulement, on voit que quand le placenta adhère au col, sa violence redouble durant les contractions utérines, tandis que le contraire a lieu lorsque ce gâteau vasculaire est fixé sur d'autres régions de la matrice.

L'hystérorragie est l'accident le plus commun, et malheureusement aussi le plus grave et le plus promptement funeste dont les femmes enceintes ou en travail puissent être atteintes. Le danger est alors en raison de la quantité du sang sorti des vaisseaux, et de la rapidité avec laquelle son écoulement s'est opéré. Les hémorragies qui surviennent durant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse sont moins abondantes, et menacent moins immédiatement les jours de la femme, que celles qui se manifestent à une époque voisine de la parturition, et lorsque les vaisseaux utérins ont acquis leur plus haut degré de développement. Les hémorragies cachées sont, en général, plus dangereuses que les apparentes. Celles qui succèdent à l'usage des médicamens abortifs sont plus graves que les autres, à raison de la vive irritation de la matrice qui les accompagne et accroît leur violence. L'écoulement sanguin produit par le décollement du placenta attaché au col, est plus souvent funeste que celui dans lequel cette circonstance n'existe pas : le danger est alors d'autant plus considérable que le centre du placenta correspond plus exactement au milieu de l'orifice, et que par conséquent des vaisseaux plus nombreux et plus gros sont ouverts à chaque contraction. Enfin la force physique de la femme, sa fermeté morale et plusieurs circonstances semblables exercent une grande influence sur le pronostic des hystérorragies. Le degré de décoloration des tégumens, de faiblesse des muscles, de refroidissement des membres, indique le degré de gravité du mal. Le danger est des plus grands lorsque le visage est pâle, couvert d'une sueur froide, que la vue s'obscurcit, que le pouls devient filiforme, et que l'action

cérébrale ne semble plus pouvoir se ranimer. La cessation totale des douleurs annonce presque toujours l'entier épuisement des sujets, et fait présager une mort prochaine. Les syncopes et les convulsions n'indiquent pas aussi positivement le degré de danger de la maladie que le croient quelques personnes; car souvent les défaillances, ainsi que les mouvemens convulsifs, surviennent au début de l'hémorragie, tandis que dans d'autres cas ces phénomènes ne se manifestent que très-tard; quelquefois même la mort arrive sans avoir été précédée d'aucune convulsion.

Le traitement des hémorragies utérines varie suivant leur violence, les causes qui les out occasionées et l'époque à laquelle elles sont survenues.

Sont-elles médiocres, et accidentellement déterminées durant la première moitié de la grossesse, de telle sorte que l'avortement ne paraisse pas absolument inévitable, il faut les combattre à l'aide de moyens propres à ralentir d'une part la circulation générale, et à modérer de l'autre l'afflux du sang vers l'utérus. Il convient, afin de remplir cette double indication, de faire coucher horizontalement la malade sur un lit composé de matelas solides, et d'élever le bassin un peu plus haut que le reste du tronc. La chambre doit être vaste, bien aérée, et l'on en ouvrira fréquemment les fenêtres, afin d'y renouveler l'atmosphère. Durant l'été, on peut y entretenir une salutaire fraîcheur à l'aide d'arrosemens réitérés. Le repos le plus absolu est indispensable; il convient également de maintenir le calme intérieur en environnant la malade d'une légère obscurité, en gardant le silence devant elle, et en évitant avec soin tout ce qui pourrait exciter ses passions. Des boissons délayantes froides, telles que les sirops de groseille et de vinaigre, la limonade et l'orangeade sont fort utiles. Une abstinence rigoureuse de tout aliment solide ou liquide doit être prescrite. On obtient de bons effets de l'application prolongée sur l'abdomen, les aînes et les cuisses, de linges trempés dans de l'oxycrat froid et souvent renouvelés. Quant à la pratique qui consiste à faire étendre la femme sur le carreau, à la rouler dans des draps mouillés, ou à couvrir son corps de plusieurs seaux d'eau froide, elle est trop grossière et trop propre à déterminer l'avortement pour que l'on doive y recourir. Durant les défaillances, il est dangereux de réveiller trop brusquement l'action vitale en prodiguant les liqueurs spiritueuses et en faisant aspirer l'ammoniaque : on doit, au contraire, respecter jusqu'à un certain point cet affaiblissement général qui ralentit la perte et favorise la formation des caillots, et se borner, pour le combattre, à l'action du froid, aux aspersions d'eau froide sur le visage et aux autres moyens du même genre.

Lorsque l'écoulement est arrêté, on doit avertir la femme

que la plus légère imprudence peut le renouveler avec une violence nouvelle, et que les moyens dont elle a fait usage doivent être continués pendant long-temps encore. Afin d'éviter les efforts que nécessite l'expulsion des matières fécales, il convient d'entretenir la liberté du ventre à l'aide de lavemens émolliens et de doux laxatifs. On a vu souvent les femmes qui semblaient devoir nécessairement avorter, conserver le fœtus en persévérant dans l'emploi de ce traitement, et parvenir ainsi heureusement au terme de la grossesse. Puzos cite l'exemple d'une malade qui passa dans son lit ou dans son appartement, et presque toujours horizontalement couchée, les six mois qui lui restaient à parcourir pour arriver à l'époque de la parturition.

Le traitement que nous venons d'indiquer diffère peu de celui que réclament toutes les hémorragies internes. On a renoncé avec raison à l'emploi intérieur des mixtures stimulantes et astringentes que vantèrent successivement Ettmuller, Viardel, Van der Linden, Boerhaave, Helvétius, Pasta, Mesnard et tant d'autres praticiens. Cependant la constitution des sujets réclame, dans certains cas, l'emploi de quelques médications spéciales. Ainsi, lorsque la femme est forte et pléthorique, il convient d'insister sur la diète, les délayans, et surtout de recourir à la saignée générale. Chez les femmes faibles et délicates, on doit être moins rigoureux sur l'abstinence des alimens, et remplacer les boissons acidules par l'eau de riz, ou toute autre tisane adoucissante et en même temps nutritive. Le vin vieux et bien dépouillé, les bouillons nourrissans, les fécules, produisent des effets avantageux, lorsque la perte a jeté le sujet dans une débilité profonde. Enfin, chez les femmes nerveuses et très-irritables, indépendamment de ces moyens, il convient de recourir à l'administration des antispasmodiques, de l'opium et des bains, dont un reste de préjugé rend seul encore l'usage trop rare. L'opium surtout est fréquemment employé en Angleterre ainsi qu'en Italie, pays où Asdrubali et Stewart le prodiguent à de très-hautes doses; mais il ne faut pas long-temps réfléchir sur les propriétés de cette substance pour voir que si elle convient dans les cas que nous avons spécifiés, elle pourrait produire dans beaucoup d'autres les effets les plus dangereux. Cette dernière réflexion est applicable à la digitale pourprée, que J. Burns a recommandée, dans le cas d'hystérorragie, à la dose d'un demi-grain toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'elle ait produit le ralentissement du pouls, et qu'il veut que l'on continue ensuite à de plus faibles doses et à de plus longs intervalles, jusqu'à la cessation complète de l'hémorragie. L'observation n'a point encore prononcé en France sur les effets de ce médicament. Quant aux ligatures des membres exécutées dans

l'intention d'entraver la circulation, J. Hamilton a prouvé qu'elles suffisaient pour déterminer l'accident que Moschion voulait combattre par leur moyen.

Jusqu'ici nous n'avons parlé d'aucune médication immédiatement dirigée sur l'utérus, parce qu'elles sont presque toujours inutiles et fréquemment nuisibles. Les injections astringentes, par exemple, recommandées par Kok, ne produisent aucun effet si elles ne parviennent dans l'utérus, et lorsqu'elles arrivent jusqu'au siége du mal, ne pouvant faire resserrer les vaisseaux, puisque l'organe reste dilaté, elles ne produisent d'autre résultat que de détacher les caillots ou d'augmenter l'étendue du décollement. Les injections d'acides sulfurique et nitrique, d'eau salée, de décoction de millefeuille, préconisées par Pasta, Andives, Burton et A. Leroy, ne comptent plus de partisans. Le tampon lui-même, sur lequel on a tant écrit, et qui, adopté sans réserve par quelques-uns, a été proscrit par d'autres sans restriction, ne convient que dans des circonstances dont l'observation n'a peut-être pas encore fixé le nombre. Il importe de remarquer toutefois qu'agissant toujours de manière à retenir le sang à l'intérieur, le tampon peut augmenter, par l'accumulation de ce liquide, la séparation des parties. Ainsi que Gardien l'a démontré, il agit comme stimulant, et parce qu'il excite mécaniquement le col de l'utérus, et parce qu'il occasione la distension de cet organe, qui entre alors en contraction pour l'expulser, avec le produit de la conception et les caillots dont il a favorisé la formation. Ainsi, dans les cas où l'hémorragie est occasionée et entretenue par l'excessive irritation de la matrice, le tampon serait évidemment nuisible; il en est de même lorsque le sujet est très-irritable. Enfin, ce moyen ne doit être employé que quand les autres ont échoué; ce n'est même qu'alors que Leroux en faisait usage. Bigeschi recommande encore de comprimer le corps de la matrice avec un bandage de corps, en même temps que l'on tamponne le vagin; mais cette compression serait nuisible, et suffirait pour déterminer les contractions utérines, si elle était portée au point de pouvoir exercer quelque action notable.

Le traitement général que nous venons d'indiquer contre les hystérorragies des premiers temps de la grossesse convient aussi dans celles qui surviennent après le sixième mois de cette période, pourvu, toutefois, que, par leur extrême violence, elles ne compromettent pas instantanément les jours de la femme. Mais à l'époque qui nous occupe, il est de la plus haute importance de s'assurer dès les premiers instans de la situation du placenta. Pour bien reconnaître l'orifice utérin, il faut alors introduire doucement et avec précaution la main entière dans le vagin, afin que l'un des doigts puisse explorer exactement

le col et même pénétrer assez profondément dans sa cavité. Si l'hémorragie est accidentelle, et que le placenta ne soit pas sur le col, on peut espérer de conserver la gestation jusqu'à son terme; si l'écoulement est spontané au contraire et produit par la présence du placenta à l'orifice, il est vraisemblable que l'on sera bientôt obligé d'opérer l'extraction du fœtus. A l'époque du travail, le praticien peut espérer, dans le premier cas, de voir la parturition se terminer par les seuls efforts de la nature; dans le second, il sera indubitablement forcé d'aller chercher les pieds et de retirer l'enfant. On sent que quand une petite portion du bord du placenta correspond seule à l'orifice, la nécessité d'opérer n'est pas aussi grande que chez les sujets où le centre de l'organe est placé sur le milieu du col, et qu'alors il est permis d'attendre davantage des efforts de la nature.

Lorsque enfin, à raison de sa violence, ou de l'inefficacité de tous les moyens employés pour la combattre, l'hémorragie utérine menace les jours de la femme, le seul moyen de prévenir la mort de celle-ci consiste à vider la matrice et à provoquer sa retraite sur elle-même. Mais alors à quelle époque faut-il agir, et quel procédé convient-il d'employer?

L'instant marqué pour l'opération est celui où la pâleur toujours croissante du sujet, son affaiblissement, la petitesse du pouls et les syncopes qui se succèdent, comparées à la quantité de sang perdu, ainsi qu'à la rapidité de son écoulement, indiquent un danger pressant et au-dessus de toute autre ressource de l'art. Quelquefois, cet instant n'arrive qu'après plusieurs jours. Hermann rapporte même l'observation d'une femme, enceinte de six mois, qui parvint au terme de sa grossesse quoiqu'elle perdît six à sept onces de sang par jour. Dans d'autres cas, et surtout lorsque le travail commence brusquement et que le placenta est sur le col, on n'a que le temps d'opérer, et assez fréquemment même la mort arrive avant que l'on ait pu porter aucun secours à la malade.

Durant les cinq à six premiers mois de la grossesse, l'utérus n'étant pas assez développé pour permettre l'introduction de la main dans sa cavité, il faut s'abstenir, lorsque l'hystérorragie menace la vie de la femme, de rompre les membranes fétales. C'est alors que le tampon est spécialement utile, parce qu'il permet au sang de s'accumuler dans la matrice, au col de se ramollir, à l'œuf de se détacher complétement, et qu'il favorise, par conséquent, le travail de l'avortement. On doit y recourir avec d'autant plus de confiance qu'il peut, en dernier résultat, arrêter l'hémorragie et conserver la grossesse, ainsi que Leroux, Gallandat et autres en ont rapporté des exemples. Mais lorsque, malgré sa présence, l'écoulement continue, il

convient de provoquer les contractions utérines au moyen de lavemens irritans portés dans le rectum, et de se comporter ensuite comme à la suite des AVORTEMENS ordinaires.

Après le sixième mois, et, à plus forte raison, à l'époque de la parturition, si l'hémorragie qui est indépendante de la présence du placenta sur le col, résiste à tous les moyens indiqués, il convient d'examiner les diverses circonstances où peut se trouver la femme. Si le travail est commencé, et s'il est assez facile et assez rapide pour que, à raison du peu de violence de l'hémorragie, on puisse croire qu'il se terminera spontanément avant que la malade soit épuisée, il convient d'attendre et de se borner à modérer l'écoulement. Quand l'hémorragie est abondante, et que le col est encore dur, resserré et résistant, le tampon est indiqué, afin de retenir le sang et de donner le temps au travail de faire des progrès. La rupture prématurée des membranes serait alors nuisible, en ce qu'elle retarderait la dilatation du col. Lorsque la perte est considérable et que les douleurs languissent, il convient de les faire naître et de les exciter, en portant le doigt à plusieurs reprises à l'orifice, en même temps que l'on fait des frictions circulaires sur l'abdomen. Lorsqu'enfin on est parvenu par ces moyens combinés à faire avancer le travail jusqu'à obtenir le ramollissement, la souplesse et la dilatation du col, l'instant est arrivé de rompre les membranes et de laisser s'écouler les eaux. L'utérus alors se contracte et embrasse le fœtus; le placenta se trouve appliqué par ce dernier contre les surfaces d'où il s'est détaché, et l'hémorragie s'arrête assez pour permettre à la parturition de se continuer sans obstacle. Telle est la méthode déjà entrevue par plusieurs chirurgiens, mais que Puzos a rendue classique, et qui est généralement adoptée par tous les praticiens judicieux, depuis que cet accoucheur en a démontré les avantages. Elle diffère autant de l'inaction absolue à laquelle se condamnaient les anciens, que de ce précepte, établi par L. Bourgeois, et long-temps professé dans nos écoles, qui consiste à vouloir toujours accoucher le plus promptement possible et de force les femmes affectées d'hémorragie utérine.

Mais cette méthode était cependant encore fréquemment suivie de revers. Parmi les femmes placées en apparence dans des circonstances semblables et ayant perdu d'égales quantités de sang, les unes guérissaient par le procédé de Puzos, tandis que d'autres succombaient promptement. Ces anomalies, long-temps inexplicables, furent enfin attribuées par Rigby à la présence, déjà entrevue par P. Portal, Brunner, Smellie et Rœderer; du placenta sur le col utérin; disposition qui ne fut clairement démontrée que par Levret, et que la plupart des auteurs, à l'imitation de B. Pugh, Dionis, Ruysch, Deventer

et Giffard, croyaient produite par le relâchement des membranes et par la chute du placenta que son poids entraînait. Cette idée féconde de Rigby acheva de donner à la pratique relative aux hystérorragies un degré de clarté et de certitude dont elle avait été jusque-là dépourvue. Le praticien anglais démontra d'abord que la présence du placenta sur le col est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, puisqu'il l'a rencontrée quarante-trois fois sur cent six. Or, dans ces cas, rien ne peut modérer la perte, lorsqu'elle survient à l'époque de la parturition; elle est de l'essence même de l'accouchement, et ne fait qu'augmenter à mesure que la dilatation du col fait des progrès. Si, lorsque le chirurgien est appelé, la femme est encore éloignée du terme de sa grossesse, il convient d'employer le traitement précédemment indiqué, et d'attendre, pour opérer, que le danger ne laisse plus d'autre moyen de salut. Le tampon est le plus souvent alors d'une grande utilité. Plus tard, quand l'accouchement est commencé, si le col est dur, solide et réagissant sur le doigt, il faut temporiser encore, combattre la violence de l'écoulement, et même appliquer le tampon, qui modère l'hémorragie sans nuire aux progrès du travail. La perte du sang a pour effet d'ailleurs d'assouplir les parties, et il vaut mieux attendre ce résultat que de s'exposer, en les dilatant de force, à contondre ou à déchirer le col et à préparer ainsi les inflammations les plus violentes. Le danger d'une mort prochaine pourrait seul autoriser cette manœuvre. Mais lorsqu'enfin le col est mou, souple, dilaté ou facilement dilatable, il faut, sans hésiter, plonger la main dans le vagin, décoller le placenta du côté où il est le moins épais, déchirer les membranes, et aller chercher les pieds de l'enfant. Ceux-ci étant attirés lentement au dehors, en même temps que les contractions utérines sont sollicitées par des frictions abdominales, on s'arrête un instant, lorsque les fesses sont parvenues à l'orifice. Alors, en effet, l'utérus revenant sur lui-même, l'hémorragie s'arrête, et l'on peut ordinairement confier à la nature le soin d'achever la sortie du fœtus. Cette pratique conseillée par Duncan, Stewart, Baudelocque et Gardien, est préférable à celle de Deleurie fils, qui, en laissant la poitrine à l'orifice, exposait l'enfant aux funestes effets de la compression du cordon ombilical. Si cependant, à l'époque où l'on décolle le placenta, la tête, ayant repoussé cette masse organique devant elle, était à la portée du forceps, il vaudrait mieux retirer lentement le fœtus avec cet instrument que d'opérer la version par les pieds. Après l'expulsion du fœtus, la DÉLIVRANCE n'offre pas plus de difficultés que dans les cas ordinaires. La méthode de Rigby a été adoptée en Angleterre par C. Whitt, J. Aikin, A. Hamilton, J. Burns, Hopkins, Mer-

riman, et, depuis son introduction en France, elle s'y est rapidement répandue.

Les hémorragies qui succèdent à la sortie du fœtus peuvent dépendre : 1°. de l'inertie de la matrice ; 2°. de la déchirure de quelques vaisseaux du col utérin ; 3°. d'un état général ou local de pléthore ; 4°. de la présence dans la matrice d'un second enfant, du placenta entier, ou de ses débris, ou enfin de caillots solides et volumineux ; 5°. d'un état d'irritabilité trop considérable de l'utérus.

L'inertie de la matrice est la cause la plus ordinaire des hémorragies qui succèdent à la parturition. Elle semble fréquemment produite par l'état général de débilité du sujet, ou par l'affaiblissement que déterminent les maladies antérieures, les hémorragies abondantes et d'autres causes semblables. Il est des femmes qui ont une telle disposition à cet accident, qu'il se manifeste à toutes leurs couches ; et, en général, celles qui l'ont éprouvé une fois sont ensuite fort exposées aux récidives.

On reconnaît l'inertie de l'utérus à ce qu'au lieu de former au-dessus du pubis un globe ferme et arrondi, cet organe reste mou, flasque et immobile. Les douleurs ou plutôt les tranchées utérines sont faibles ou nulles. Le col est ordinairement dilaté ; quelquefois cependant il conserve son énergie et se resserre, tandis que le corps de l'organe est sans action. Le sang s'écoule chez certains sujets en si grande abondance que la mort survient rapidement, malgré l'emploi des secours les plus méthodiquement administrés. Lorsque le col est resserré, ou qu'il est fermé, soit par des portions du placenta, soit par des caillots, le sang ne parvient pas au dehors ; on sent l'utérus augmenter de volume et se développer, en même temps que le visage pâlit, que les forces diminuent, et que les autres signes des hémorragies internes se manifestent.

Si la matrice contient encore le placenta ou ses débris, pendant qu'elle demeure inerte, il convient de la débarrasser promptement de ces corps étrangers. En même temps que l'on opère alors la délivrance, il convient de solliciter l'action utérine au moyen de frictions faites sur l'abdomen. Lorsque la perte est cachée, le praticien doit détruire d'abord l'obstacle apporté au libre écoulement du sang. Si ces premiers moyens restent sans succès, on peut répandre sur l'abdomen quelques cuillerées d'alcool, et faire des frictions avec cette substance. L'application de l'oxycrat ou du vinaigre froid sur le ventre, les aines et les cuisses, est fréquemmant utile. Les boissons froides ou même glacées, acidulées avec l'eau de Rabel ou d'autres acides minéraux, sont très-convenables. La glace pilée, seule ou mêlée au sel marin, peut être employée pour

couvrir la région hypogastrique. Lapira pense que l'on obtiendrait de bons effets d'une dissolution de carbonate d'ammoniaque dans le triple de son poids d'eau, qui servirait à imbiber des linges dont on couvrirait la région hypogastrique. On a porté dans l'utérus des injections astringentes avec l'eau à la glace. Dans quelques cas on a réussi à rendre à la matrice son énergie, en introduisant une des mains dans sa cavité, en même temps que l'on pétrissait en quelque sorte son corps avec la main opposée portée sur la région hypogastrique. L'alcool et le vinaigre purs ont été injectés avec avantage par A. Leroy. Les douches d'eau froide dirigées sur l'abdomen semblent fort utiles d'après ce praticien, dont les essais ont été répétés avec succès à Strasbourg par F. Lobstein. Quant à la cautérisation de la face interne de la matrice, au moyen d'acides minéraux, il est évident que l'on doit renoncer à l'employer jamais. Il est douteux aussi que les émétiques administrés à petites doses, et qui jettent l'économie vivante dans un état profond de collapsus et d'anéantissement, puissent jamais produire de bons effets dans les cas qui nous occupent. Enfin le tampon que l'on a vanté alors, nous semble, ainsi qu'à Gardien, devoir être proscrit, parce qu'il favorise l'accumulation du sang dans la matrice, et que la compression exercée par lui sur le corps de cet organe ne saurait jamais être suffisante pour s'opposer à sa dilatation. Il faut donc se borner alors à l'emploi des moyens susceptibles de stimuler l'utérus et de provoquer ses contractions.

L'un des plus ingénieux parmi ces moyens consiste à introduire dans la matrice une vessie de cochon que l'on remplit d'air ou mieux encore d'une liqueur froide et styptique, à l'aide d'une seringue. Un robinet fixé au col de cette vessie sert à maintenir le liquide, qui agit sur les parois de l'organe, en même temps que la vessie comprime les vaisseaux et sollicite les contractions utérines. Il est à désirer que ce procédé, dont Vernet a donné la description, et qui avait déjà été proposé par Gardien, devienne l'objet d'observations qui en fixent la valeur. On sent que si, malgré la présence de la vessie, le sang continuait de couler, le tamponnement n'offrirait presque plus d'inconvéniens, puisque la matrice serait occupée par un corps qui s'opposerait à ce qu'elle admît une grande quantité de sang.

Lorsque l'on a obtenu la contraction de l'organe, l'hémorragie s'arrête; mais il faut surveiller attentivement la femme, car on a vu le sommeil, une accumulation nouvelle de caillots, et d'autres circonstances semblables reproduire l'accident cinq, dix et même treize jours après l'accouchement. Chez certaines femmes, lors même que tout s'est bien passé dans les premiers

instans, on le voit quelquefois survenir à cette époque par l'action de l'une des causes dont il s'agit. Enfin, il n'est pas rare d'observer que les contractions de l'utérus alternent avec son relâchement, et que l'hémorragie ne disparaît que pour un temps fort court, si l'on ne continue avec persévérance l'emploi des moyens les plus propres à fixer l'organe dans l'état de resserrement. Les précautions à l'aide desquelles on peut prévenir l'inertie de l'utérus et ses dangereux résultats sont indiqués à l'article ACCOUCHEMENT, en même temps que les moyens à employer dans les cas où cet organe renferme plusieurs enfans.

La déchirure du col de l'utérus a quelquefois intéressé des vaisseaux renfermés dans l'épaisseur de cette partie, et qui étaient assez volumineux pour occasioner une hémorragie mortelle. Lobstein, qui a fixé l'attention des praticiens sur ce fait, a combattu avec succès l'écoulement sanguin au moyen d'un tampon qui pénétrait jusque dans le col utérin, et en comprimait les bords. Ce cas est un de ceux où le TAMPON est le plus utile après la parturition.

Les pertes qui sont produites par la pléthore générale ou locale, ou par un état d'irritabilité trop considérable de l'utérus, doivent être combattues au moyen des évacuations sanguines, des bains, des boissons délayantes et d'autres médications du même genre. Si la constipation paraissait occasioner ou entretenir la perte, des lavemens émolliens et de doux laxatifs seraient utiles. Dans les cas de rétention, dans la matrice, soit du placenta, soit de caillots volumineux, il faut procéder sans délai à l'extraction de ces corps, et se comporter ensuite comme chez les sujets où il n'existe aucune complication semblable. Enfin, lorsque la perte semble provoquée par un état nerveux et convulsif de l'utérus, les bains, l'opium, et les doux antispasmodiques sont d'une utilité spéciale. Il est question, au mot HYSTÉROPTOSE, des moyens de réduire les divers degrés de ce déplacement de la matrice, et, par conséquent, d'arrêter les hémorragies dont ils sont quelquefois la cause. *Voyez* aussi au mot MATRICE ce qui est relatif aux ruptures de ce viscère.

HYSTÉROSTOMATOME, s. m., *hysterostomatomus.* Coutouly a donné ce nom à deux instrumens, l'un simple et l'autre compliqué, dont il a proposé de se servir pour fendre le col de la matrice, lorsqu'il est dur, rigide ou squirreux, et qu'il s'oppose à la parturition. Ces instrumens n'ont jamais été généralement adoptés, et on leur préfère, soit un bistouri boutonné à lame solide, soit l'hystérotome de Flamant.

HYSTÉROTOME, s. m.; instrument que Flamant a d'abord imaginé afin de faire un vagin nouveau, chez une femme qui avait ce conduit en partie oblitéré, et qu'il a ensuite employé pour diviser l'utérus lui-même. L'hystérotome est une espèce

de bistouri caché dont la longueur totale est de sept pouces. Sa lame, longue de trois pouces, est large de six lignes vers le clou qui la fixe au manche; elle se rétrécit ensuite insensiblement, de manière à n'avoir plus que quatre lignes à son autre extrémité. Elle est terminée par un tranchant arrondi, long de huit à neuf lignes, et recouvert par une chape d'argent, que soutiennent deux montans du même métal, aussi longs que la lame à la base de laquelle ils sont fixés. Ces deux montans font office de ressorts; lorsqu'on appuie l'extrémité de l'instrument sur les parties, ils permettent à la chape de se porter en arrière, et de découvrir une ligne environ du tranchant de la lame. L'instrument devient-il libre, la chape reprend sa position, et le tranchant se trouve de nouveau masqué de telle sorte que le chirurgien ne craint pas de blesser d'autres tissus que celui qu'il veut couper. Un manche solide, long de quatre pouces, et fixé d'une manière immobile sur la lame, sert à tenir l'instrument et le complète.

A cet hystérotome, Flamant en a ajouté un second, dont la lame est mousse à son extrémité, et qu'il emploie pour inciser les bords du col, ou pour agrandir la division faite par le premier. Mais cet instrument peut être facilement, et dans tous les cas, remplacé par le bistouri boutonné. L'hystérotome à lame pointue, quoique fort commode et d'un usage très-sûr, présente cependant lui-même une construction assez compliquée; mais ce désavantage ne saurait entrer en parallèle avec la simplicité et la facilité de son action.

HYSTÉROTOMIE, s. f., *hysterotomia;* opération qui consiste à diviser la matrice. Cette dénomination est plus exacte que celle d'opération césarienne vaginale, dont on a fait pendant long-temps usage, en ce qu'elle indique parfaitement que l'utérus est la seule partie incisée durant son exécution.

Pendant le travail de la parturition, l'hystérotomie peut devenir indispensable, soit parce que le col utérin est dur, calleux, inextensible, et que la femme s'épuise en efforts inutiles, ou est agitée par des convulsions violentes; soit parce que la matrice, renversée en avant ou sur les côtés, présente au centre du bassin une autre partie que son orifice; soit enfin dans les cas où l'orifice lui-même n'existe plus.

La dureté calleuse, accompagnée de l'inextensibilité du col utérin, s'est présentée plusieurs fois dans la pratique, et Symson, Lambron, Dubosc, ainsi que d'autres praticiens en ont rapporté des exemples. Le toucher fait aisément reconnaître cette disposition. Tantôt le col est presqu'entièrement fermé, tantôt, au contraire, il a déjà éprouvé un commencement de dilatation. Dans tous les cas, quoique les douleurs soient vives, et que le fœtus, poussant les parties devant lui, soit engagé dans

le bassin, on sent cependant que la dilatation de l'orifice utérin ne fait aucun progrès, et, à la dureté de ses bords, on reconnaît qu'il est presqu'entièrement inextensible. Si le chirurgien ne remédiait promptement à cet état, la rupture de la matrice, les convulsions, ou l'excès et la prolongation des souffrances, mettraient promptement la vie de la femme dans le plus grand danger. Il convient alors de faire coucher la malade horizontalement, et, profitant de l'absence des douleurs, d'introduire dans le vagin la lame d'un bistouri mousse, étroit et solide, sur lequel on étend le doigt indicateur de la main gauche, de manière à ce que la pulpe de cet organe en dépasse l'extrémité et lui serve de guide. On est quelquefois obligé d'employer une force considérable afin de diviser toute l'étendue du bourrelet, et la résistance moins grande que l'on éprouve lorsque l'instrument en a franchi les limites, annonce que la division est portée assez loin. Il est presque constamment nécessaire de faire trois ou quatre incisions semblables, disposées en rayonnant sur le coutour de l'orifice, afin de détruire complétement l'obstacle qu'il oppose à la parturition. Cette opération n'occasione que peu de douleur ; elle détermine à peine l'écoulement de quelques cuillerées de sang, et bientôt après son exécution la sortie du fœtus a lieu, si de nouvelles difficultés n'entravent pas sa marche. Il importe cependant de ne porter le bistouri que le moins possible hors des limites de l'endurcissement ; car, arrivé aux régions saines de la matrice, on diviserait des vaisseaux considérables qui donneraient peut-être lieu à des hémorragies funestes. Enfin, lorsque le col est tellement resserré qu'il ne peut admettre l'extrémité mousse du bistouri, il faut le couper d'abord de dehors en dedans, comme dans les cas d'oblitération complète ou d'absence de cette partie. L'ouverture étant ainsi agrandie, l'opération doit être continuée comme il vient d'être dit, et il importe de ne diviser ensuite qu'avec circonspection l'espèce de cloison, connue sous le nom d'orifice interne, derrière laquelle se trouve immédiatement le fœtus.

Lauverjat, Gautier, Martin, Morlannes et Flamant ont rapporté des observations de femmes en travail chez lesquelles, au lieu du col de la matrice, on sentait au moyen du toucher une tumeur lisse, égale et arrondie. Dans ces cas l'utérus, renversé en avant, présentait au centre du bassin la partie inférieure de sa face antérieure, coiffée pour ainsi dire par la paroi vaginale. Le col, porté en arrière, était situé hors de la portée du doigt. Chez toutes les femmes qui présentaient cette disposition, les douleurs étaient violentes, souvent réitérées, et la vie se trouvait menacée, soit par la rupture imminente de l'utérus, soit par l'épuisement qui résulte d'un

travail prolongé. Après s'être assuré, au moyen d'une exploration attentive et plusieurs fois réitérée, pendant que l'on cherche à redresser le fond de l'utérus, que le col ne peut être découvert, l'hystérotomie doit être immédiatement pratiquée. La femme étant située comme il a été dit qu'elle doit l'être dans tous les cas où l'on pratique des opérations relatives aux ACCOUCHEMENS, il faut porter la lame d'un bistouri convexe, entourée d'une bande jusque près de sa pointe, et recouverte par la pulpe du doigt indicateur, sur la portion saillante de la matrice. Deux doigts de la main gauche placés dans le vagin servent de guide à l'instrument, écartent de lui les parois vaginales, et, appuyant sur l'organe, éloignent l'enfant du tranchant de son extrémité. On sent combien, dans ces occasions délicates, l'hystérotome simplifie l'opération et rend la marche du chirurgien plus libre et plus assurée. La matrice étant ouverte dans l'étendue d'un pouce et demi environ, et une partie des eaux s'étant écoulée, le chirurgien introduit le pouce de la main gauche dans la plaie, tandis qu'avec les autres doigts, portés sur toute la circonférence de la tumeur, il cherche à découvrir le col. S'il y parvient, il le tire en avant, le dilate, et laisse descendre la tête jusqu'à ce qu'un nouveau déplacement ne soit plus possible. Mais dans le cas où toutes les explorations sont infructueuses, le doigt resté dans l'ouverture sert à guider le bistouri mousse au moyen duquel on agrandit la plaie en lui donnant une forme cruciale. Le passage étant rétabli, il convient d'abandonner le reste du travail à la nature, si la situation de l'enfant, l'épuisement de la mère ou toute autre cause n'exige pas, soit l'application du forceps, soit la version par les pieds.

Il faut rapprocher les cas dont il vient d'être question de ceux dans lesquels le col utérin manque absolument, soit que ses lèvres aient contracté entre elles d'intimes et solides adhérences; soit que le vagin, uni à la portion de la matrice qu'il embrasse, la renferme dans une sorte de gaîne et en oblitère l'orifice; soit enfin que des brides, étendues d'une lèvre du col à l'autre, produisent le même effet. Dans une observation rapportée par Flamant, les parois opposées du vagin avaient contracté entre elles des adhérences qui rétrécissaient le calibre de ce canal au point qu'il pouvait à peine admettre le stylet le plus délié, et cependant, malgré ce désordre, la conception s'était opérée. Les adhérences dont il s'agit surviennent tantôt à la suite des accouchemens laborieux, tantôt chez des femmes qui sont enceintes pour la première fois. Dans tous les cas, on conçoit que le col n'a pu être complétement oblitéré et effacé que postérieurement à la conception, car cette conformation aurait été un obstacle invincible à l'écoulement

des menstrues et à la fécondation de la femme. Il est presque toujours fort difficile de reconnaître exactement, lorsque le travail a déjà fait des progrès, à quelles dispositions l'on doit attribuer l'absence du col. En effet, la matrice poussée alors en bas par les efforts d'expulsion, fait saillie dans le vagin, et s'applique exactement contre les parties situées au devant d'elle; de telle sorte qu'il n'est souvent pas possible de l'en distinguer. Il est évident que, chez les sujets où l'on rencontre de tels obstacles à la parturition, il faut diviser avec précaution tout ce qui se présente, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au fœtus. Les incisions doivent être faites suivant les règles établies plus haut, et si l'on présume que le vagin seul soit oblitéré à sa partie supérieure, le doigt, porté dans la plaie après la section de la première couche de parties, sert à examiner si le col ne se présente pas. Dans ce cas, il faudrait se borner à agrandir la division, et attendre des efforts de la nature la dilatation de l'orifice et l'expulsion du fœtus. Dans les circonstances opposées, il est indispensable de continuer et de pénétrer jusqu'à l'enfant, auquel on ouvre une voie artificielle. Gautier et Osiander ont pratiqué des opérations de ce genre.

La section de la matrice à travers le vagin est une opération toujours moins dangereuse que la gastro-hystérotomie. En l'exécutant, on arrive directement à l'utérus, et son ouverture, située de la manière la plus favorable pour l'écoulement des lochies, se cicatrise avec facilité. Lorsque ce viscère est seulement renversé, il arrive ordinairement qu'après l'expulsion du fœtus il reprend sa situation normale, et que son col revient se placer au centre du vagin. C'est du moins ce qui eut lieu chez la femme dont Lauverjat a conservé l'observation. D'autres fois la face incisée de l'utérus contracte des adhérences avec la portion de la paroi vaginale qui la recouvrait, et son ouverture accidentelle reste ouverte pour l'écoulement des règles. La même chose a lieu dans le cas où l'orifice est entièrement effacé. Il est nécessaire, dans ces circonstances, et lorsque le col ne reparaît pas, de maintenir la plaie utérine dilatée, afin que les liquides fournis par la matrice trouvent au dehors une facile issue. Les corps étrangers, tels qu'une sonde de femme, que l'on a placés dans l'ouverture, causent presque toujours une vive irritation, et ne peuvent être supportés; il faut, en général, leur préférer des injections fréquentes, et la solution de continuité, qui diminue chaque jour d'étendue, se réduit enfin à ne former qu'un trou circulaire fort étroit, enfoncé, et qui suffit cependant à la sortie des règles. La matrice ainsi pourvue d'un orifice anormal serait-elle cependant encore susceptible de recevoir et de retenir le produit de la conception? L'observation n'a pas prononcé à ce sujet.

Lorsque le col de la matrice n'existe pas, ou que cette partie a été complétement oblitérée, et que le sang s'accumule dans la cavité de l'organe, l'hystérotomie est encore le seul moyen que l'art possède pour faire cesser les accidens. Elle doit alors être pratiquée suivant les règles précédemment établies, et il est indispensable d'entretenir avec soin l'ouverture que l'on a pratiquée, afin que la rétention ne se reproduise pas. La ponction conseillée par Lync, dans les cas de rétroversion irréductible de l'utérus vers le quatrième mois de la grossesse, constitue encore une des variétés de l'hystérotomie, et c'est avec raison que Flamant a proposé de remplacer alors le trois-quart par le bistouri ou par l'hystérotome, à raison de ce que les plaies par incision guérissent plus facilement et sont plus rarement suivies d'inflammations graves que les piqûres. Enfin, l'on doit considérer comme une véritable hystérotomie l'excision complète du col utérin cancéreux, opération que Dupuytren a plusieurs fois pratiquée avec succès. *Voyez* HYSTÉROLOXIE, MATRICE et MENSTRUES.

I

IATRALEPTIQUE, adj. et s. f., *iatralepticus*, *iatraleptice*, *iatraleptica*. Sous le nom de *médecine iatraleptique*, ou simplement de *iatraleptique*, on désigne une méthode thérapeutique qui consiste dans l'action d'appliquer des substances médicamenteuses à l'extérieur, par la voie des frictions, afin d'en obtenir les mêmes effets généraux que quand on les administre à l'intérieur. *Voyez* FRICTION et PEAU.

ICHOR, s. m., *sanies*, *ichor*; nom donné au liquide séreux, fétide et quelquefois irritant, autrement nommé *pus de mauvaise nature* ou *mal élaboré*, qui se montre sur les ulcères et sur les plaies qui ne tendent point à la cicatrisation, notamment sur les plaies avec gangrène et les ulcères cancéreux. Bien que ce mot soit grec, on doit le conserver dans le vocabulaire médical, parce que celui de *sanie*, qui signifie absolument la même chose, est pris dans diverses acceptions, et ne se retrouve que dans des livres en vieux langage. *Voyez* l'article PUS, où nous traiterons comparativement du *pus* et de l'*ichor*.

ICHTHYOCOLLE, s. f., *ichthyocolla*, colle de poisson. On donne ce nom à la partie intérieure de la vessie natatoire de différentes espèces d'esturgeons. Ces poissons ne sont cependant pas les seuls qui puissent en fournir, car les Lapons en font d'excellente avec la peau de la perche fluviatile, et il

serait possible d'en préparer avec celle de tous les poissons cartilagineux.

Pour préparer cette substance, on lave la vessie aérienne de l'esturgeon, on la coupe dans le sens de sa longueur, on détache la membrane externe qui a une couleur brune, on enveloppe l'intérieure dans de la toile, et on la presse entre les mains jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement souple et molle : alors on la roule en cylindres, et on la fait sécher à une chaleur modérée. Ces cylindres prennent la forme d'anneaux, de cœur ou de lyre, sous laquelle on les trouve dans le commerce.

L'icthyocolle, presque entièrement formée de gélatine, est blanche, demi-transparente, sans odeur et sans saveur. Elle sert surtout dans les arts, où le principal avantage qu'elle présente consiste en ce qu'elle peut conserver sa transparence. On en fait des tablettes gélatineuses, qu'on aromatise diversement, et qu'on édulcore avec le sucre.

ICHTHYOSE, s. f., *ichthyosis*, *lepra ichthyosis;* maladie dans laquelle l'épiderme s'épaissit, se sèche, se fendille, se montre sous forme d'écailles plus ou moins étendues, et donne ainsi à la peau l'aspect de celle des poissons ou des serpens. Sous le même nom, Alibert désigne cet état singulier de la peau à la surface de laquelle on voit proéminer une substance cornée affectant la forme des griffes, des ergots ou des cornes des animaux, et en outre la *pellagre*, dont nous parlerons dans un article spécial, cette dernière maladie nous paraissant s'éloigner beaucoup de l'ichthyose, en ce que celle-ci n'est nullement accompagnée des symptômes gastriques et cérébraux qui sont inséparables de celle-là.

L'ichthyose proprement dite est celle qui donne à la peau humaine l'aspect de la peau d'un poisson ou d'un serpent, et qu'Alibert appelle *ichthyose nacrée*, *ichthyosis nitida*, et celle qu'il nomme *ichthyose cornée*, *ichthyosis cornœa.* Lorsque toutefois l'épiderme n'offre que des écailles, et non des griffes ou des cornes, c'est un état purement local, nullement lié à une affection interne; la peau proprement dite paraîtrait même à peine lésée, si l'on oubliait que la transpiration ne s'effectue point dans les parties où l'épiderme est altéré, et si l'on oubliait que tout inorganique que paraisse être cette membrane, ses modifications n'en sont pas moins en grande partie sous l'influence organique, puisqu'elle participe à toutes les lésions du derme et des nombreux accessoires de cette membrane. L'ichthyose est donc réellement une maladie; car pourrait-on donner ce nom à un changement quel qu'il fût, survenu dans une partie inorganique et hors l'influence vitale.

L'ichthyose se manifeste ordinairement peu de mois après

la naissance, et par conséquent à une époque où aucune cause mécanique ne peut encore agir sur l'épiderme; on doit donc la considérer comme le résultat d'une prédisposition congéniale. On l'observe chez des personnes qui ont reçu tous les soins les plus délicats qu'exigent les nouveau-nés; elle ne dépend donc pas, comme on pourrait le croire, de la malpropreté dans laquelle les pauvres laissent croupir leurs enfans. L'épiderme se sèche, devient rugueux, se couvre de squammes très-fines, plus ou moins étendues; à mesure que l'enfant augmente en âge, l'épiderme se renouvelle sans changer de nature, et s'épaissit de plus en plus; la peau devient semblable à du chagrin; tantôt l'affection est bornée aux membres inférieurs ou supérieurs, plus souvent elle s'étend aux avant-bras, aux jambes et aux cuisses, à la région dorsale des mains, point au visage non plus qu'à la paume des mains, à la plante des pieds ni même aux régions inguinales et axillaires, aux parties génitales ni aux régions poplitées, ou tout au moins est-elle moins marquée dans ces derniers endroits du corps. Les écailles sont plus grandes, plus épaisses et plus nombreuses au coude, sur la rotule, à la face externe des bras, des jambes et des cuisses.

Les écailles sont ordinairement d'un blanc grisâtre terne, couleur de terre sèche, ou bien d'un noir plus ou moins foncé; quelquefois elles sont d'un blanc luisant, et presque toujours opaques, quelle que soit leur couleur; leur étendue n'est le plus souvent que d'une ligne à trois lignes, un grand nombre sont beaucoup plus petites; leur forme varie, le plus ordinairement elles ressemblent aux boucliers antiques à six pans; il en est de triangulaires, de quadrangulaires, d'arrondies. Dans quelques parties du corps, chez quelques sujets, on voit qu'il existe plusieurs couches de squammes superposées. Ces écailles tombent en poussière, ou se détachent par portions ou en totalité, le frottement favorise leur chute; mais d'autres les suivent immédiatement, de telle sorte que la peau ne perd pas l'aspect que lui donne la maladie. Jamais après leur chute on n'observe de rougeur, encore moins d'excoriations ni d'ulcères, pas même le moindre bouton. Le sujet ne se plaint d'aucune douleur, d'aucune démangeaison; ses fonctions s'exécutent régulièrement; et même ayant eu occasion de voir un assez grand nombre de jeunes gens affectés de ce singulier état de la peau, nous les avons trouvés remarquablement forts et bien portans.

L'ichthyose est une maladie plus commune qu'on ne le pense; elle n'appartient pas spécialement aux contrées situées sur le bord de la mer, aux vallons profonds et humides; il est beaucoup de femmes, même à Paris, dont la peau est en

quelque sorte chagrinée : c'est là le premier degré de la maladie; le second degré décrit par les pathologistes, mais surtout par Alibert, est moins commun. Cependant nous avons eu occasion d'en voir au moins dix ou douze, à une époque où les enrôlemens se faisaient sans visite de gens de l'art : c'était sur des jeunes gens vigoureux, comme nous l'avons dit; il fallut cependant provoquer leur renvoi, et l'on devra toujours en agir ainsi, car le dégoût qu'inspirent les personnes affectées de cette maladie est tel, qu'on ne peut exiger ni obtenir des soldats qu'ils les admettent à coucher avec eux; mais lorsque, par une réforme vivement désirée dans l'intérêt des troupes, on donnera un lit à chaque soldat, l'ichthyose ne devra plus être un cas d'exemption. Chez tous les jeunes engagés dont nous venons de parler, les écailles étaient d'un gris terne; nous n'avons jamais vu l'ichthyose nacrée proprement dite.

Les cas où les squammes sont très-larges, épaisses et noires sont excessivement rares; quelques-uns ont été offerts à la curiosité publique.

Au lieu de ces squammes, on a vu chez quelques individus des piquans durs et noirs, nombreux, couvrant la majeure partie de la peau, et donnant à ceux qui en étaient porteurs un aspect tel, que le nom d'*homme-porc-épic* leur fut imposé par le peuple : tels étaient deux frères, qui avaient reçu cette maladie de leur père et de leur aïeul, et que Henri Baker, Tilésius et Alibert ont décrits avec soin.

Chez d'autres sujets, au lieu de squammes, de piquans, ce sont des prolongemens de substance cornée, ayant la forme d'un ergot, voire même d'une corne de bélier, dit-on; la maladie est ordinairement bornée à une très-petite portion de la peau; il n'y a ordinairement qu'une seule *corne*, à la tempe, à l'occiput ou dans d'autres parties du corps. Ces *cornes* sont implantées dans la peau, et n'ont aucune communication avec l'os sous-jacent. Elles s'élèvent d'un des organes sécréteurs de la peau, si nous en jugeons d'après un cas de ce genre que nous avons observé; c'était chez un enfant d'une constitution lymphatique, qui portait à la partie supérieure de la poitrine, près de la clavicule, un petit tubercule de la grosseur d'un grain de chenevis, du centre duquel s'élevait une production jaunâtre et transparente, dont je ne puis mieux indiquer le volume, la forme et l'aspect, qu'en la comparant à l'ongle courbé, peu aigu et légèrement creusé à sa face inférieure, d'une poule. Il fut aisé de faire tomber cette excroissance par une traction peu forte; les soins de propreté furent recommandés, on tint peu compte de ce conseil, et pourtant la *corne* ne reparut plus.

L'ichthyose a été attribuée à diverses causes qui ne se re-

trouvent point chez tous les sujets qui en sont affectés. On ne peut établir que de vagues conjectures sur un pareil sujet. Dire que l'action formatrice a lieu en pareil cas dans l'homme à peu près comme chez certains animaux, ce serait, si l'on veut, exprimer un fait, mais non l'expliquer.

Les *cornes*, les *griffes* dont nous venons de parler repoussent, dit-on, quand on les coupe; il en est de même des piquans, des grandes écailles; les petites écailles peuvent être détachées par des frictions avec une étoffe rude, principalement à la sortie d'un bain; elles reparaissent de même. Il est à remarquer que le bain paraît être le seul moyen d'améliorer cet état; pourquoi, s'il s'agissait d'une jeune fille dont les parens désireraient la voir acquérir un des agrémens les plus recherchés de son sexe, ne la ferait-on pas séjourner dans un bain d'eau chargée de gélatine ou de mucilage, la plus grande partie du jour, et cela pendant des semaines, des mois, autant qu'il paraîtrait que sa constitution n'en souffrirait pas? Quoi qu'il en soit de cette idée, l'amélioration que procure le bain prouve que dans l'ichthyose la peau diffère encore beaucoup de celle d'un poisson, puisque l'eau n'agit point de la même manière sur celle-ci: avis aux naturalistes qui s'égarent dans la recherche des analogies.

Qui croirait qu'on a recommandé l'usage de remèdes internes pour guérir l'ichthyose squammeuse; si on en croyait Bateman, la poix donnée en pilules, jusqu'à la dose d'une demi-once, aurait produit les effets les plus salutaires en pareil cas; il en serait de même de la solution arsénicale, et, suivant Plenck, de la décoction d'écorce intérieure de l'ormeau: on ne dit pas si ces moyens font tomber les cornes.

ICTÈRE, s. m., *icterus; aurigo; morbus regius, arcuatus vel arquatus; ileus flavus, vel icterodes; fellis suffusio, vel obstrictio; cachexia icterica;* jaunisse, coloration de la peau en jaune, souvent avec teinte safranée de l'urine et couleur grisâtre des excrémens. Lorsque l'ictère ne survient pas subitement, la couleur jaune commence à se manifester aux conjonctives, dans l'angle des yeux, puis aux tempes, sur le front, aux commissures des paupières, autour des lèvres, sur les ailes du nez; toute la face finit par devenir jaune; les joues, le menton et l'extrémité du nez sont les dernières parties qui se colorent ainsi. Les ongles s'entourent de bonne heure d'un cercle jaunâtre; la couleur jaune se montre successivement à la paume des mains, à la plante des pieds, puis sur le col et à la poitrine; pour l'ordinaire, la moitié supérieure du corps se colore avant la moitié inférieure; quelquefois même celle-ci demeure intacte. Dans des cas peu communs, l'ictère se forme seulement à la poitrine, au cou ou à l'abdomen, et plus rarement encore sur

une moitié latérale du corps, à une seule main, à un seul bras. Rien de plus commun, au contraire, que de voir la conjonctive seulement ou le pourtour de la bouche et des ailes du nez devenir jaunes, sans que l'on donne le nom d'ictère à cet état.

La couleur de la peau chez les ictériques varie depuis le jaune citron clair jusqu'au jaune verdâtre, jaune foncé, jaune brun ou même noirâtre. On remarque souvent ces diverses teintes à la fois ou successivement sur le même sujet. Quelquefois l'ictère débute, et plus souvent elle se termine par le jaune brun ou noirâtre. Il ne faut pas confondre le jaune verdâtre des ictériques avec le blanc verdâtre qui a lieu dans la CHLOROSE, et le jaune brun des mêmes sujets avec la coloration de la peau en bleu, en violet, en bleu noirâtre, ou même en noir foncé, qu'on observe dans la CYANOPATHIE et dans la MÉLADERMIE.

Le jaune se montre d'abord dans la direction des plis de la peau, souvent par plaques plus ou moins étendues; quelquefois il se manifeste sous forme de raies analogues, sauf la couleur, à celles que produit l'action des verges; quelquefois par bandes parallèles plus ou moins larges.

La peau des ictériques n'est pas seulement jaune, les malades y ressentent une vive démangeaison; elle est chaude, sèche, souvent âcre; lorsque la sueur reparaît, elle colore le linge en jaune. Quelquefois on observe de petits boutons; quelquefois il y a desquammation furfuracée ou exfoliation squammeuse de l'épiderme.

L'urine, d'abord jaune, mais encore limpide, devient opaque, trouble, rougeâtre, puis safranée, et même d'un roux noirâtre; elle teint fortement le linge en jaune, quelquefois même avant que la peau ait pris cette couleur; elle dépose un sédiment d'un jaune rougeâtre, brun ou même noirâtre, quelquefois une matière qui ressemble à du sang veineux coagulé; elle redevient ce qu'elle était dans l'état de santé, à mesure que la coloration de la peau diminue.

Il y a ordinairement constipation; les selles sont rares; les excrémens, grisâtres, ressemblent à de l'argile mouillée; moins souvent il y a diarrhée, les matières fécales, quoique liquides, conservant le même aspect; l'un et l'autre état de ces matières cessent peu avant le retour de la peau à sa coloration habituelle.

Les trois symptômes que nous venons de faire connaître en détail suffisent pour qu'on ne méconnaisse pas l'ictère; il suffit même pour cela que la peau soit accidentellement colorée en jaune; nous disons accidentellement, parce que certaines personnes ont naturellement la peau aussi jaune que celle des ictériques. Mais il est d'autres phénomènes morbides que l'on

observe chez ces derniers, et que l'on a trop perdu de vue lorsqu'on a cherché à déterminer si l'ictère est une maladie, la nature de la lésion qui l'occasione et le siége de cette lésion. Ces phénomènes sont : 1°. l'enduit jaunâtre, épais et tenace qui couvre la langue et les dents; le goût amer, le désir des boissons acides, l'anorexie, tantôt l'excès d'appétit, fort souvent la soif inextinguible, tantôt le dégoût pour la viande, le bouillon gras; les rapports acides, nidoreux; la pesanteur, la douleur à l'épigastre; la pesanteur et la douleur sourde à l'hypochondre droit, augmentant, ainsi que celle de l'épigastre, par la pression; les nausées, le vomissement bilieux, les coliques; 2°. la faiblesse des muscles, l'aversion pour le mouvement, la stupeur du bras droit, la pesanteur de tête, la céphalalgie sus-orbitaire, la vive chaleur du front, la morosité, l'insomnie, l'exaltation des idées; 3°. la dureté, la concentration, puis parfois la lenteur et la faiblesse du pouls; 4°. la respiration souvent courte et gênée, et par fois la toux sans expectoration; 5°. les hémorrhoïdes et les hémorragies moins fréquentes du nez.

Nous avons dit comment l'ictère se comporte quand il s'établit progressivement; quelquefois il a lieu subitement, et c'est presque toujours immédiatement à la suite d'une vive émotion de colère ou de crainte; alors il est presque toujours de courte durée; les phénomènes en sont peu prononcés; il ne faut pas pour cela, comme on le pense bien, en conclure que la maladie provient d'une autre cause prochaine que lorsqu'elle est fortement dessinée et qu'elle dure fort long-temps. Et ce qui le prouve, c'est que l'ictère qui survient subitement ne passe pas toujours en peu de temps; les symptômes de la peau augmentent d'intensité, ceux de l'estomac et du foie deviennent plus sensibles, et bientôt rien ne manque du tableau que nous venons de tracer; la maladie n'a pas changé de nature, mais au lieu de rester peu intense pendant peu de temps, elle s'est accrue et prolongé sa durée. Dans le cas d'invasion subite, comme dans celui d'invasion lente, il y a d'abord une sensation vive et désagréable à l'épigastre et jusque vers l'hypochondre droit.

Quel qu'ait été le début de l'ictère, après quelques jours ou quelques semaines, on le voit décroître, quelquefois avec, le plus souvent sans évacuations bilieuses, sueur, flux d'urine, hémorragies, ni éruptions; ou bien il survient des symptômes non plus équivoques d'inflammation aiguë ou chronique, de lésion organique (comme on le disait jadis) de l'estomac, du foie, de ses annexes et même des viscères voisins.

Dans le premier cas, l'urine devient moins opaque, safranée, les selles moins rares et les matières fécales plus liées, moins

grises, puis plus jaunes, la peau s'humecte, la démangeaison ne se fait plus sentir, non plus que la soif, la langue se nétoie, le rouge de ses bords diminue d'intensité et gagne en étendue en se dirigeant vers le centre de la surface de l'organe ; l'enduit se rétrécit de jour en jour, et finit par disparaître. L'amertume de la bouche ne se fait plus sentir, l'appétence pour les alimens la remplace.

Dans le second cas, les symptômes que nous avons énoncés augmentent d'intensité, et dès-lors l'inflammation du foie n'est plus équivoque, quoique cette phlegmasie puisse encore être peu intense ; les symptômes de gastrite augmente[illegible]té, et de nouveaux symptômes, qu'il serait superfl[illegible]umérer ici, annoncent l'altération profonde du foie, et [illegible] l'estomac dans la presque totalité des cas. Le m[illegible] pér[illegible] dans l'hydropisie, le marasme ou le scorbut.

L'ouverture des cadavres d'ictériques a prouvé que les inflammations de l'estomac, du duodénum et du foie, de la vésicule et des canaux biliaires sont les maladies dont on trouve le plus souvent des traces plus ou moins anciennes et profondes ; d'autres fois, ou en même temps, il y a un obstacle au cours de la bile, par l'oblitération du couduit qui la porte au duodénum, le calibre de ce conduit étant effacé en totalité ou en grande partie par l'augmentation d'épaisseur et l'adhérence de ses parois, ou par la compression qu'exerçait une tumeur du duodénum, du pancréas ou du tissu cellulaire post-péritonéal situé entre le foie et l'estomac. Le foie est souvent gorgé de bile ; très-souvent il y a des calculs dans la vésicule et dans les canaux biliaires ; la vésicule est ordinairement distendue par une grande quantité de bile. Dans quelques cadavres on n'a trouvé, ou du moins on n'a vu aucun désordre dans l'appareil sécréteur de ce liquide. On dit avoir trouvé la veine porte comprimée par une tumeur de ce genre. La peau a ordinairement perdu une partie de sa couleur jaune ; quelquefois, au contraire, elle ne prend cette couleur qu'après la mort ; mais, dans ce cas, n'y a-t-il pas ecchymose plutôt qu'ictère ? La sérosité du tissu cellulaire, celle qui se trouve dans le crâne, la plèvre, le péricarde et le péritoine, est citrine ; cette même couleur se retrouve dans les viscères, les muscles, les membranes séreuses, les artères, les tendons, le périoste et les os eux-mêmes. Kerckring dit avoir trouvé jaunes les os d'un fœtus ictérique fils d'une mère ictérique.

Les causes que l'on assigne sont, d'une part, comme nous l'avons déjà dit, les émotions de crainte, de chagrin ou de colère, et de l'autre, toutes les circonstances qui tendent à causer directement ou indirectement l'irritation de l'estomac et du

foie. Les énumérer, ce serait tomber dans des redites inutiles.

Après avoir tracé ce tableau rapide mais exact, quoique succinct, des phénomènes que l'on a groupés autour de la coloration de la peau en jaune pour en faire une maladie *sui generis*, il est indispensable de rechercher si c'est en effet une maladie, une maladie au moins quelquefois primitive; ou si ce n'est qu'un ou plusieurs symptômes de l'irritation de l'appareil sécréteur de la bile, irritation qui arrive le plus souvent tôt ou tard au degré de l'inflammation, ou demeure peu intense, obscure, et se prolonge en désorganisant l'organe qui en est le siége; enfin les maladies dans lesquelles on observe, soit la coloration de la peau en jaune seulement, soit tous les symptômes réunis sous le nom d'ictère; nous rechercherons ensuite ce qui peut occasioner cette coloration; nous la considérerons sous le rapport du pronostic; l'article du traitement ne sera ni long ni difficile, car nous aurons seulement à rappeler les soins relatifs à la peau et les inconvéniens des vomitifs, des purgatifs, des amers, des antispasmodiques et des narcotiques prodigués jusqu'à ces derniers temps dans le traitement de la jaunisse.

Au temps où les maladies n'étaient dénommées que d'après leur symptôme le plus saillant, un phénomène aussi frappant que la coloration de la peau en jaune ne pouvait manquer d'appeler fortement l'attention, et il était impossible que l'on ne donnât pas le nom de jaunisse à toutes les maladies dans lesquelles on l'observait; néanmoins on finit par réserver ce mot pour désigner celles qui, présentant ce symptôme, n'offraient point ceux que l'on est convenu de considérer comme caractéristiques de la fièvre; on ne donna pas non plus le nom de jaunisse aux affections dans lesquelles la peau ne devenait jaune qu'autour de la bouche et du nez; de telle sorte que l'on entendit par jaunisse les maladies avec coloration, sinon toujours de la totalité, au moins d'une grande partie de la peau. Sous ce rapport, la jaunisse est non-seulement une maladie, mais même elle est plusieurs maladies, c'est-à-dire que ce nom a été donné à plusieurs maladies caractérisées par un même symptôme. Désigne-t-on seulement ce symptôme ou sa cause prochaine ou spéciale sous le nom de jaunisse, la jaunisse n'est point une maladie, mais seulement un effet morbide, ou, si l'on veut, un état morbide toujours secondaire. Or, comme il ne convient pas de désigner les maladies par le nom d'un symptôme, l'hépatite avec couleur jaune de la peau, par exemple, ne doit pas porter le nom de jaunisse, et ainsi de suite pour toute maladie susceptible d'être accompagnée de ce mode de coloration. C'est donc avec raison que Pinel avait relégué l'ictère, considéré comme ictère, hors du cadre des affections primitives ou essentielles; mais il eut le tort d'y

maintenir l'ictère des nouveau-nés, comme si une affection toujours symptomatique chez les adultes pouvait être primitive dans les premiers jours de la vie. Nous adoptons comme démontrée l'opinion de Pinel relativement à l'ictère des adultes, mais en l'étendant sans restriction à celui des nouveau-nés. En effet, où trouver les preuves qu'il existe un ictère *essentiel*, *primitif*, *idiopathique*, *nerveux*, *spasmodique*, comme le prétendent quelques auteurs; donnera-t-on ce nom à l'ictère qui survient dans le cours des fièvres, des phlegmasies? mais il est démontré que l'ictère des fièvres n'a jamais lieu sans inflammation de l'estomac, du duodénum, des canaux biliaires, de la vésicule biliaire ou du foie; il en est de même dans les phlegmasies, c'est-à-dire dans les inflammations assez intenses pour qu'on leur accorde le seul nom qui leur convienne. Dira-t-on que l'ictère nerveux est le critique, c'est-à-dire celui qui survient au déclin d'une maladie aiguë, et dont l'apparition est suivie de l'amélioration progressive des symptômes? Nous avons observé ce genre d'ictère plusieurs fois, et même plusieurs fois chez le même sujet; dans tous les cas, la coloration de la peau en jaune avait été précédée de symptômes non équivoques de gastrite et d'hépatite, de douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit, de vomissemens, de constipation, d'urine opaque et safranée.

L'ictère essentiel est, dit-on, l'ictère nerveux ou spasmodique, c'est-à-dire celui qui résulte du spasme des canaux biliaires, et qui est dû à une affection morale, une émotion vive, la crainte, la colère; mais ce spasme est une pure supposition. Bien loin de causer le resserrement des canaux organiques, la peur et la colère précipitent leur action, et d'ailleurs qu'est-ce que ce spasme que l'on suppose, sinon une véritable irritation subite, instantanée, dont les suites apparaissent sur-le-champ? Comment l'ictère serait-il le produit d'une modification inflammatoire, quand il s'établit peu à peu et se dissipe lentement, et d'un état opposé, quand il paraît subitement et disparaît en peu de temps? Lorsque je ne vois, dans deux ordres de phénomènes, de différences que dans leur mode d'invasion, leur durée et leur intensité, je ne puis me refuser à croire qu'il n'est pas d'autres différences dans la cause des uns et dans celle des autres. Dans l'ictère par affection morale, on retrouve tous les phénomènes de celui qui est dû à toute autre cause déterminante, par conséquent leur cause prochaine est la même. Parlerons-nous de l'ictère chronique? ce que nous avons dit de l'ictère aigu lui est parfaitement applicable.

Après avoir établi, d'après la considération des symptômes et des causes, que l'ictère est toujours symptomatique, il suffit de dire que ses symptômes sont ceux de l'hépatite à un degré

parfois peu intense, pour prouver que l'on ne peut hésiter à l'attribuer à une irritation du foie ou de ses dépendances : ce sont les mêmes causes, les mêmes symptômes, ce doit donc être le même traitement, ou, pour mieux dire, la jaunisse n'est qu'un symptôme d'irritation hépatique, et ne réclame par conséquent aucun autre traitement que cette irritation.

Il reste à déterminer la cause spéciale ou efficiente de la coloration de la peau en jaune, de la couleur safranée de l'urine et de la couleur grisâtre des excrémens : la couleur safranée de l'urine prouve qu'une partie des matériaux destinés à former de la bile sous l'action du foie reste dans le sang et en est extraite par les reins à leur manière ; la couleur grisâtre des excrémens prouve que la bile ne coule qu'en petite quantité ou même ne coule pas du tout dans le duodénum ; quant à la coloration de la peau en jaune, si nous ajoutons foi aux travaux de quelques chimistes, travaux qui, selon Thénard, ne sont pas concluans, elle paraît dépendre de la présence de quelques matériaux de la bile dans le sang ; mais ces matériaux s'y trouvent-ils parce qu'ils n'en n'ont pas été tirés et élaborés par le foie dont l'action sécrétoire est suspendue, ou bien parce qu'ils ont été résorbés dans le foie surchargé de bile et n'en excrétant plus ? Peut-être ces deux effets ont-ils lieu ; cependant, si l'on considère qu'il y a ictère dans une foule de cas où rien ne paraît s'opposer à ce que la bile coule dans le duodénum, il faut bien admettre que, dans ce cas, tout porte à croire que la bile ne se forme plus alors dans ce viscère ; si l'on réfléchit que, dans d'autres cas, il existe un obstacle au passage de la bile dans le duodénum sans qu'il y ait ictère, ce que nous venons de dire paraîtra encore plus probable. Cependant, lorsqu'il y a obstruction de ce canal ou du canal hépatique, et ictère, on peut croire que, au moins dans les premiers temps, la sécrétion biliaire a continué, la bile s'est accumulée dans le viscère sécréteur, et a fini par être, non pas absorbée en totalité, ce que rien n'autorise à penser, mais au moins en partie, jusqu'à ce qu'enfin l'action sécrétoire du viscère ait cessé sous l'influence de la rétention de la bile, comme il arrive quand un obstacle à l'excrétion de l'urine procurant l'accumulation de ce liquide dans la vessie, dans les uretères et les bassinets, le rein finit par s'enflammer et cesse ses fonctions.

Admettons maintenant qu'une irritation du duodénum se propage aux canaux biliaires, au foie lui-même, ce viscère peut se trouver assez irrité pour cesser de sécréter de la bile, et l'ictère en être le résultat, sans que cependant le foie soit irrité au degré qui constitue une hépatite laissant des traces dans le cadavre ; le sujet venant à mourir, on trouve les traces

de la gastro-entérite, mais celles de l'irritation hépatique plus légère ont disparu, ou bien encore, dans les cas d'arachnoïdite, le cerveau agit sur le foie, y détermine une irritation peu profonde comme celle dont nous venons de parler, la sécrétion de la bile cesse, l'ictère paraît, le sujet meurt. A l'ouverture de son corps, on trouve les traces de l'arachnoïdite, et rien dans le foie qui puisse motiver l'ictère.

Nous livrons cette théorie aux méditations des physiologistes qui savent observer des malades, et mettre en parallèle les phénomènes de la santé et ceux de la maladie. Nous croyons qu'expression fidèle des faits, elle lie ces faits dans l'ordre où la nature uous les offre, et mérite par conséquent la préférence sur toutes celles qu'on a proposées jusqu'ici, et dans lesquelles l'ictère est indiqué comme le résultat, soit d'un obstacle mécanique à la formation ou au cours de la bile, soit d'une décomposition ou d'une altération spécifique du sang.

La théorie que nous venons d'établir explique autant que possible la production de l'ictère qui survient à la suite des plaies de tête et de la morsure des animaux enragés ou venimeux, de celui qui est dû à l'obstruction des canaux biliaires par la présence de calculs, à leur compression par une tumeur développée dans leur voisinage; de l'ictère enfin qui se montre chez les femmes enceintes, moins par la compression de ces canaux que par l'irritation sympathique du foie sur lequel agit l'utérus irrité.

L'ictère s'est montré quelquefois périodiquement. Sauvages l'a vu accompagner, pendant un an, des accès fébriles qui revenaient chaque semaine et duraient deux jours; Junker l'a observé dans les accès d'une fièvre quarte; on cite des cas de fièvres pernicieuses ictériques dont nous parlerons à l'article *ictérique*.

Il est aisé de simuler grossièrement l'ictère, mais il est encore plus facile de reconnaître la fraude, puisque l'on ne saurait donner la couleur jaune à la sclérotique, et que d'ailleurs, avec quelque soin que l'on se peignît, on ne parviendrait jamais à imiter la teinte de l'ictère aux yeux d'un observateur exercé.

Considéré sous le rapport du pronostic, l'ictère, dans les maladies aiguës, est moins fâcheux que dans les maladies chroniques; dans les premières, il est le signe d'une terminaison à craindre, quand il survient dès les premiers jours, au milieu de symptômes graves, et même lorsqu'on ne remarque pas de phénomènes alarmans, et qu'il y a en même temps un sentiment de bien-être qui ne coïncide pas avec l'état de la peau brûlante et du pouls dur ou rare, surtout lorsque l'œil est animé, et qu'il y a dans la parole une vivacité dont le malade ne s'aperçoit pas.

L'ictère qui survient au déclin d'une maladie aiguë n'est pas d'un mauvais augure ; peut-être est-ce celui-là qui est produit par la résorption de la bile momentanément retenue dans le foie irrité.

Un ictère subit général qui devient promptement verdâtre est d'un fâcheux pronostic ; il en est de même de l'ictère qui passe subitement du vert au jaune, ou du jaune au vert.

Le retour de la peau à sa coloration habituelle n'annonce le rétablissement des fonctions du foie que quand les urines ont cessé d'être safranées et les matières fécales d'être grisâtres.

Lorsque, dans le cours de l'ictère, l'urine devient rare et noire, de safranée qu'elle était, l'hydropisie est à craindre.

Les hémorragies, qui sont pour l'ordinaire suivies d'une amélioration marquée dans les maladies aiguës, précèdent souvent la mort dans celles qui sont accompagnées de l'ictère.

ICTÈRE NOIR, *icterus niger*, *icteritia nigra*, *melasicterus*, *melanochlorus* ; variété de l'ictère, caractérisée par une couleur mélangée de jaune, de vert et de noir, à laquelle on assignait pour causes la piqûre des scorpions, les maladies de la rate, le scorbut et aussi les maladies du foie ; une teinte plus ou moins foncée, une nuance de couleur de la peau ne saurait caractériser une différence importante. Le nom *d'ictère noir* a d'ailleurs été donné à des maladies qui n'ont aucun rapport avec celles qui occasionent l'ictère. *Voyez* ICTÈRE.

ICTÈRE *des nouveau-nés*. Cet ictère se manifeste indifféremment chez les enfans faibles et chez les enfans robustes ; plus il suit de près la naissance, plus il est d'un fâcheux pronostic; on lui attribue pour causes la rétention du méconium, la présence des saburres laiteuses, le lait d'une nourrice accouchée depuis long-temps, l'abus des spiritueux, l'impression subite de l'air froid. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il ne peut dépendre d'une autre cause prochaine que l'ictère des adultes. La couleur jaune verdâtre de la peau et de la conjonctive, couleur à laquelle participent la langue, la bouche et les viscères; la chaleur et la sécheresse de la peau, la diminution du désir de teter, l'insomnie, suite de la démangeaison, ou mieux peut-être de la chaleur interne, la coloration de l'urine et de la sueur en jaune, la teinte grisâtre des excrémens, la tension, la dureté et la sensibilité de l'abdomen et de l'hypochondre, des cris aigus qui annoncent des coliques, tels sont les symptômes de l'ictère chez les enfans nouveau-nés comme chez les adultes. Les lavages à l'eau tiède, les frictions avec une flanelle, les bains, les lavemens émolliens, l'eau miellée, les cataplasmes sur l'abdomen, le lait d'une femme accouchée depuis peu de jours, une ou plusieurs sangsues à l'hypochondre, à l'épigastre ou à l'anus, tels sont les seuls moyens qu'on

doive employer, et qui réussissent quand l'ictère ne dépend pas d'une lésion trop intense du foie ou de ses annexes ; lorsqu'il en est ainsi, ces moyens sont infructueux, les purgatifs et les toniques qu'on a recommandés ne feraient pas plus de bien, et hâteraient les progrès du mal.

ICTÉRIQUE, adj. et s. m., *ictericus;* qui a la jaunisse, ou qui est accompagné de la jaunisse. *Voyez* ICTÈRE.

On a donné le nom de fièvre pernicieuse ictérique à des gastro-entérites intermittentes avec symptômes cérébraux et ictère, observées par Gilbert.

IDIOPATHIE, s. f., *idiopathia;* affection, maladie primitive ou propre à un organe. Le nom d'idiopathie ne devrait être donné qu'aux lésions déterminées par l'influence directe de la cause morbifique, telles que la brûlure effet immédiat de l'action locale du feu; cependant si, au contraire, la peau venant à se refroidir subitement, la plèvre s'enflamme et le cœur s'irrite, bien que la peau ait été lésée momentanément, on dit que la plèvre est devenue le siége d'une inflammation idiopathique et que l'irritation du cœur n'est que sympathique, parce que si la phlegmasie de la plèvre a été d'abord sympathique, elle est devenue idiopathique dès que la peau a repris ses fonctions. Lorsque de deux organes lésés l'un le devient plus profondément que l'autre, et cesse d'être soumis à ses variations, la sympathie devient idiopathie ; ainsi, dans une gastro-entérite avec encéphalite, celle-ci s'exaspère souvent celle-là venant à diminuer, ou du moins l'irritation cérébrale réclame toute l'attention du médecin. Ici se présente une question difficile à résoudre : quand un organe secondairement lésé subit un accroissement notable dans son état morbide, faut-il perdre de vue l'organe primitivement affecté? Jamais : au lieu d'un organe à traiter, il y en a deux ; non-seulement il faut, pour se diriger avec succès, avoir égard au degré de la lésion, mais encore à l'importance de l'organe pour le maintien de la vie. C'est pour avoir méconnu ce grand principe, qu'abusant des mots *idiopathie* et *sympathie*, tant d'auteurs s'obstinent à appeler l'attention sur un viscère plutôt que sur l'autre dans des maladies qui en envahissent plusieurs. Comme l'a dit Coste, pour être lésé sympathiquement, un organe n'est pas moins malade et n'en réclame pas moins les soins du médecin ; et ce n'est qu'en se conformant à ce principe que la *médecine des symptômes* sera véritablement et heureusement remplacée par la médecine, non d'un organe, de l'estomac ou de l'encéphale, mais des organes.

IDIOSYNCRASIE, s. f., *idiosyncrasia;* constitution propre à chaque sujet, particularité caractéristique d'un sujet. Chaque homme arrive à la vie avec des organes d'une texture

analogue à celle des autres hommes, mais non absolument identique. Cette texture diffère comme l'aspect extérieur, comme les formes, les goûts, les penchans et le caractère. Ce que chaque sujet offre de particulier, de propre, dans le volume et l'action de ses organes, est précisément ce qu'on appelle son idiosyncrasie, son *acabit*. Modifiée par les circonstances de toute espèce au milieu desquelles il vit, son idiosyncrasie change plus ou moins, mais jamais totalement : le fond de la trame reste; lors même que l'action n'a plus lieu, le penchant, la tendance existent encore, plus faibles à la vérité. L'idiosyncrasie de quelques sujets présente quelquefois des particularités très-remarquables en bien ou en mal, sublimes ou abjectes, admirables ou bizarres : là viennent se ranger le savoir, les grands talens, l'ignorance et l'incapacité dans un ou plusieurs genres, les vertus et les crimes, les sympathies et les antipathies. Il importe que le médecin s'informe de l'*idiosyncrasie congéniale* de ses malades, qu'il constate leur *idiosyncrasie acquise*, afin de connaître leur susceptibilité à recevoir l'impression de certaines causes morbifiques plutôt que d'autres, leur disposition à voir tels ou tels de leurs organes s'affecter de préférence, et tels ou tels agens thérapeutiques être plus efficaces que d'autres dans le traitement de leurs maladies. Le *médecin instruit* sait, en s'approchant du lit du malade, reconnaître les indications et les moyens de les remplir, le *médecin habile* sait proportionner ces moyens au malade qu'il a sous les yeux.

Pour s'assurer de l'idiosyncrasie d'un sujet, il faut s'enquérir avec soin de l'état, de l'action et de la disposition de chacun de ses organes, et reconnaître ceux dont l'action prédomine sur l'action des autres; c'est en ce sens que Bégin a pu diviser les idiosyncrasies en presqu'autant d'espèces qu'il y a d'organes dans le corps humain, et admettre une idiosyncrasie pulmonaire, une hépatique, une gastrique, une utérine, etc.; mais le mot *idiosyncrasie* ne peut se dire que d'une personne et non d'un organe, à moins de le détourner de sa signification primitive. Pourquoi d'ailleurs exprimer la prédominance d'un système par le mot *tempérament* et celle d'un organe par le mot *idiosyncrasie*? L'idée de Bégin, bien que juste, aurait besoin d'être rendue avec plus de sévérité dans l'expression. *Voyez* TEMPÉRAMENT.

IDIOTISME, s. m., *amentia*, *fatuitas*, *imbecillitas ingenii*, *morosis*. Pinel définit l'idiotisme, l'oblitération des facultés intellectuelles et affectives; il en reconnaît deux espèces, l'un congénial, l'autre produit par des excès, par une lésion du crâne, ou par des affections morales vives et inattendues; l'un incurable, l'autre quelquefois susceptible de guérison.

Selon Esquirol, l'idiotisme est cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait acquis les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions sociales que lui ; cet auteur refuse le nom d'idiotisme à ce que Pinel appelait l'idiotisme accidentel, aussi regarde-t il l'idiotisme comme absolument incurable ; il en admet deux degrés : l'*imbécillité* et le *crétinisme* ; dans l'imbécillité, les facultés intellectuelles et affectives ont acquis un certain développement, mais elles sont restées infiniment au-dessous du type commun des hommes d'une intelligence moyenne ; dans le crétinisme, ces facultés sont nulles, elles ne se sont jamais manifestées, même au degré le plus inférieur. Dans l'idiotisme, dit Georget, il y a défaut de développement ou développement incomplet des facultés intellectuelles, peu ou point d'idées, quelques sensations, quelques penchans; il range les idiots dans quatre classes : les uns, très-rares, n'ont aucune existence mentale, ne satisfont à aucun de leurs besoins, et mourraient infailliblement si on n'avait soin d'eux ; les autres ont quelques sensations, fuient le froid, font connaître qu'ils ont besoin de manger, mais ne s'attachent à rien, et n'iraient pas chercher des alimens ; toutes leurs actions sont irréfléchies et sans but ; d'autres savent apprécier quelques-unes de leurs sensations, reconnaissent les personnes et les objets qui les entourent, sont susceptibles de s'attacher à celles qui leur font du bien, ont des gestes, des cris ou quelques mots mal articulés pour exprimer leurs besoins ; d'autres enfin, qu'il appelle imbécilles, apprécient des sensations, ont de la mémoire, peuvent juger les actes simples de la vie, travailler à des ouvrages grossiers, s'exprimer dans le langage de tout le monde, mais ne font usage que des expressions qui rendent les notions les plus vulgaires. Georget désigne sous le nom de *stupidité* ce que Pinel appelait l'idiotisme par causes morales inattendues, en un mot l'idiotisme accidentel de ce professeur.

Nous allons d'abord traiter de l'*idiotisme* proprement dit, ou de l'idiotisme congénial, puis de l'idiotisme accidentel ou de la *stupidité*, et enfin de la *démence* ; il y a cela de commun entre ces trois états que l'entendement et les affections sont naturellement nuls, faibles, ou accidentellement affaiblis, annullés ; ils constituent par conséquent un genre de lésion des facultés intellectuelles et affectives opposé à celui qui comprend la manie et la monomanie, et dont le caractère est l'exaltation ou la fixité opiniâtre d'une ou de plusieurs de ces facultés. On voit qu'il n'est pas aussi difficile qu'on le croirait d'abord de ramener les lésions de la pensée aux deux grandes divisions

qui nous paraissent devoir servir à rallier tous les résultats de l'observation.

L'*idiotisme* commence avec la vie, et ne finit qu'avec elle ; il est incurable ; les sujets qui en sont affectés meurent pour la plupart avant vingt-cinq ans ; leur crâne offre presque toujours des vices de conformation. Le peu de fruit retiré de la mémorable éducation donnée au sauvage de l'Aveyron par un médecin penseur profond et habile observateur, démontre que l'état des idiots n'est susceptible que de bien peu d'amélioration. Cependant la capacité d'instruction est d'autant plus grande, ou plutôt moins rétrécie, que l'idiot s'éloigne davantage de l'état déplorable qui caractérise le plus haut degré de l'imperfection native des facultés intellectuelles et affectives. Ce n'est donc que pour le crétin que la sentence d'incurabilité doit être prise dans le sens absolu. Si nous faisons cette remarque, c'est qu'il y aurait, selon nous, de l'inconvénient à laisser croire que tout soin et toute éducation sont superflus quand on les donne à ces idiots de divers degrés dont l'espèce humaine fourmille. L'isolement d'un idiot ne doit être prononcée qu'après qu'on s'est convaincu qu'il n'a pas la dose de facultés intellectuelles nécessaires pour veiller à sa propre conservation. Il est rare que les idiots doivent être reclus comme dangereux ; en général ils n'ont pas l'énergie nécessaire pour faire le mal, bien que plusieurs en manifestent momentanément l'intention, et même cherchent parfois à l'accomplir.

L'idiot peut quelquefois être reconnu peu après la naissance; il a la tête volumineuse, les traits délicats ; il a de la peine à prendre le sein, tette mal, ne prend pas de forces, voit tard, louche de bonne heure, reste maigre, décoloré, ne marche qu'à cinq ou sept ans ou même seulement à l'époque de la puberté, ne peut apprendre à parler, ou ne finit par prononcer quelques mots qu'après sept ou huit ans. Plus rarement on observe d'abord de la force, de l'intelligence, une vivacité et une irascibilité précoces, qui durent peu et font place à la nullité intellectuelle et affective, caractérisant l'imbécille et l'idiot.

Il est plus facile d'imaginer que de décrire toutes les nuances qu'on observe chez les idiots, car il n'en est pas deux peut-être qui offrent absolument les mêmes habitudes, bien que tous apprennent mal ou pas du tout ce qu'on leur enseigne, et soient plus ou moins dépourvus d'attention, de prévoyance, d'attachement, de courage et de bienveillance. Ils sont malpropres, paresseux, timides; à l'époque de la puberté, ils se masturbent, et deviennent souvent jaloux, furieux ou mélancoliques.

Parmi les imbécilles, les uns sont seulement bornés, mais dociles, bons, et se livrent à divers travaux qui n'exigent au-

cune réflexion; chez certains, certaines facultés intellectuelles ont peu d'énergie, tandis que d'autres semblent exaltées; c'est en quelque sorte un mélange d'idiotisme et de manie, caractérisé par l'incapacité, la variabilité dans les résolutions et les actions, une extrême susceptibilité, la propension à une tristesse ou un chagrin peu motivé, l'attention sans jugement, le contentement de soi-même, un langage, une pose et des gestes bizarres, discordans entre eux, la ruse, le mensonge, l'irascibilité et la poltronnerie. Combien d'imbécilles de ce genre dans la société!

Les idiots au dernier degré, complétement dépourvus de facultés intellectuelles et morales, sont de beaucoup au-dessous des animaux les moins intelligens parmi ceux qui entourent l'homme; on ne peut les comparer qu'aux animaux apathiques, moins hideux qu'eux toutefois parce qu'ils ne rappellent pas l'idée d'êtres dégradés ou au-dessous de leur espèce. Ces idiots sont, d'après le tableau qu'en trace Esquirol, tous rachitiques, scrofuleux, épileptiques, paralytiques; leur tête est trop grosse ou trop petite, mal conformée, aplatie sur les côtés ou par derrière; leurs traits sont irréguliers; leur front est court, étroit, presque pointu; leurs yeux sont convulsifs, louches quelquefois des deux côtés, animés sans expression; leurs lèvres saillantes, épaisses; la salive coule abondamment de leur bouche entr'ouverte; leurs dents sont gâtées, ou d'un blanc mat, leurs gencives fongueuses; ils entendent, voient et parlent à peine, ou même ils sont sourds-muets et aveugles; ils ne distinguent point les saveurs, mangent ce qui leur est offert, et ne repoussent que ce qu'ils ne peuvent avaler. Les mouvemens de leurs membres sont irréguliers, gauches, sans force, mal assurés; ils marchent mal; un rien les fait tomber; ils paraissent se mouvoir sans but déterminé, sans intention; privés d'attention, de la faculté de comparer les faibles sensations qu'ils perçoivent, de se ressouvenir et par conséquent de juger, ils n'écoutent, ni ne regardent, ne parlent que pour pousser des sons mal articulés, des cris ou des espèces de mugissemens, ou répètent des mots demeurés dans leur mémoire sans y attacher aucun sens; partout ils satisfont au besoin de la défécation, ils urinent de la même manière, peut-être sans s'en apercevoir, le plus souvent. Quelques-uns se livrent habituellement à certains mouvemens qu'ils répètent automatiquement; l'un se frappe souvent le dos contre le mur, l'autre rit, un troisième pleure sans cesse, celui-ci range des pierres en rond, celui-là chante souvent.

Les imbécilles et les idiots souffrent le froid, le chaud et la maladie sans se plaindre, quelquefois ils se percent, se déchirent, se mordent sans donner aucun signe de sensibilité.

Esquirol rapporte qu'une imbécille s'était percé et déchiré la joue jusqu'à la commissure des lèvres avec ses doigts et ses ongles, sans paraître souffrir ; il en est dont les pieds gèlent sans qu'ils s'en aperçoivent ; une imbécille, devenue enceinte, accoucha sans se douter de ce qui lui arrivait.

Une particularité bien extraordinaire, c'est l'impassibilité de deux imbécilles, l'un chargé de veiller un infirmier qui faisait semblant d'être mort, lui coupa le pied, puis la tête, quand celui ci vint à remuer pour l'effrayer, et qui dit que si le mort était resté tranquille, il ne lui aurait rien fait; l'autre consentit à couper la tête d'un monomaniaque qui l'en avait prié.

Esquirol a fait des calculs desquels il résulte que sur 7,950 sujets des deux sexes, affectés de lésions des facultés intellectuelles, on ne compte que 203 idiots, ce qui forme environ un idiot sur 39 fous, au moins dans les établissemens destinés à ce genre de maladies. Mais on ne doit pas en conclure rigoureusement que l'idiotisme soit très-rare, car ce genre d'affection n'offrant pas pour les familles les graves inconvéniens de la manie, de la monomanie, et cette maladie ne se manifestant que peu à peu, les parens gardent plus volontiers les sujets qui en sont atteints, espérant leur guérison parce qu'ils sont jeunes, et ne les envoient dans les hôpitaux que lorsque la mort ne les surprend pas avant l'âge et le développement complet de la puberté. Sans jouer sur le mot, on peut dire que si les idiots sont peu communs, les imbécilles sont en assez grand nombre.

On a désigné comme causes éloignées de l'idiotisme, des dispositions locales tenant au sol, à l'eau, à l'air, au genre de vie, on ne sait rien de positif à cet égard, quoique les localités doivent avoir de l'influence, puisque l'idiotisme est endémique dans quelques contrées, dans le Valais par exemple.

Quelques idiotes ont eu des enfans, mais on n'a pu savoir ce que sont devenus ceux-ci. On sait que les crétins multiplient. Esquirol a vu jusqu'à trois idiots, frères et sœurs, dans une même famille ; d'autres fois il a vu dans une famille un idiot et des maniaques ou des insensés.

Les émotions ressenties pendant la gestation, les manœuvres violentes dans l'accouchement, la funeste habitude de pétrir la tête des enfans nouveau-nés, les plaies et les contusions du crâne, ont été mises au nombre des causes efficientes de l'idiotisme plutôt par induction que par suite d'observations exactes. Ce déplorable état de l'intelligence est souvent l'aboutissant de l'hydrocéphale, des convulsions, de l'épilepsie, ou d'une irritation cérébrale aiguë survenue dans les premiers temps de la vie, ou peu avant la puberté.

L'idiotisme a été attribué à la petitesse du crâne par Hip-

pocrate et la plupart des physiologistes de nos jours. Vésale prétendait que l'aplatissement de l'occiput pouvait l'occasioner. Pinel a constaté chez les idiots, non-seulement la petitesse du crâne, mais encore l'aplatissement du front et le défaut de symétrie entre les parties latérales du crâne. Esquirol demande si ces vices de conformation, et le défaut de développement du crâne ne peuvent pas être attribués au rachitisme, si fréquent chez les idiots; en répondant affirmativement à sa question, il resterait encore à prouver qu'il n'y a aucun rapport entre ce vice de conformation et l'idiotisme. Le même observateur dit qu'une tête trop grosse se rencontre également chez les imbécilles et les idiots; il donne même le dessin de quelques-unes, mais il ajoute que les formes les plus générales sont la petitesse du crâne, l'étendue disproportionnée des diamètres fronto-occipitaux, l'aplatissement des pariétaux sur la suture temporale, l'aplatissement du coronal, celui de l'occipital, et que l'inégalité des deux portions, droite et gauche, de la cavité crânienne est le phénomène le plus constant et peut-être le plus digne d'attention. Camper avait fixé à 90° le degré extrême de la ligne faciale; Esquirol a vu des idiots dans lesquels cette ligne avait davantage. Relativement à l'état du cerveau, il dit avoir trouvé les ventricules latéraux très-resserrés. Morgagni a trouvé le cerveau très-consistant; Meckel l'a trouvé plus sec, plus léger, plus friable que dans l'état ordinaire; Malacarne croyait avoir compté moins de lamelles dans le cervelet des idiots que dans celui des sujets doués d'une intelligence ordinaire. Selon Gall, l'idiotisme dépend du petit volume des parties antérieures du cerveau, notamment de celles qui ont rapport aux fonctions intellectuelles proprement dites. Quant à l'épaisseur du crâne dont Greding et Gall ont parlé, Georget l'a observée souvent chez les idiots; il a vu un côté du crâne moins fortement revenu sur lui-même, et la moitié correspondante du cerveau réduite aux deux tiers, chez des idiotes paralytiques du côté opposé.

Esquirol pose en principe qu'il n'y a pas de forme du crâne propre à l'idiotisme, quoique le crâne et le cerveau des idiots offrent presque toujours, dit-il, des vices de conformation plus ou moins remarquables; mais l'on peut conclure, selon nous, que le cerveau est presque toujours plus ou moins lésé dans son développement chez les idiots, sans qu'on puisse dire qu'il ait éprouvé une lésion spécifique qu'il soit possible de distinguer de celle qu'il subit dans d'autres lésions des fonctions intellectuelles, tant il y a d'analogie et de proximité entre les affections et les dérangemens d'un même viscère. Affirmer que l'état d'idiotisme ne dépend en rien d'une modification de l'encéphale, ce serait donc aller au-delà des faits. On ne doit point s'étonner

si, dans quelques cas, au lieu d'un aplatissement du crâne, il y a au contraire une sorte de bombement de cette partie en avant; dans le dernier cas, le cerveau et le crâne conservent, malgré les progrès de l'âge, l'état qu'ils ont dans l'enfance; dans le premier, l'un et l'autre ne sont pas même arrivés à ce degré de développement.

Si d'ailleurs il est démontré pour tout homme de sens que le cerveau est l'organe des fonctions intellectuelles, on ne peut douter qu'il soit lésé lorsque ses fonctions sont dérangées, et qu'il ne soit pas arrivé à son développement normal, à la structure qu'il doit avoir pour l'accomplissement de ces fonctions, quand elles ne se manifestent pas. Une circonstance remarquable, c'est que la forme la plus ordinaire du front des idiots, selon tous les auteurs, est précisément celle qui leur donne de la ressemblance avec les animaux. Qui n'a vu errer dans presque toutes les grandes villes ces êtres disgraciés, au front aplati de haut en bas et fuyant presque horizontalement d'avant en arrière, à l'œil morne ou hagard, effrayant les femmes de leur hideux aspect?

Personne n'a mieux que Fodéré fait connaître les crétins, idiots si nombreux du Valais et des vallées sub-alpines; tout ce qu'on va lire sur le crétinisme est emprunté à cet estimable auteur.

La plupart des enfans qui doivent être crétins naissent, dit-il, avec un petit goître de la grosseur d'une noix; les autres sont, comme eux, bouffis, surtout à la tête et aux mains; quelques-uns sont hydrocéphales dès leur naissance; tous sont peu sensibles, tettent difficilement, dorment beaucoup, et paraissent toujours sur le point de s'endormir; à l'âge où les enfans apprennent à parler, ils ne prononcent que des voyelles sans consonnes, et n'en disent jamais davantage. On ne les voit point, comme les autres enfans, porter les alimens à leur bouche; jusqu'à dix ou douze ans on est obligé de leur enfoncer dans le gosier des alimens liquides ou mâchés; leurs membres inférieurs acquièrent un grand volume, et pourtant ils ne marchent que fort tard; jamais rians, ils sont toujours têtus et mutins. Leur tête est en général petite, plate au sommet; les tempes sont comme écrasées; la tubérosité occipitale est peu saillante; le visage est plat et carré; les yeux petits, très-enfoncés, sont quelquefois protubérans; le regard est fixe, égaré, étonné; la poitrine est ordinairement plate et étroite; les doigts sont minces et longs, leurs jointures peu marquées; la plante des pieds est large, quelquefois recourbée; les pieds sont portés en dehors ou en dedans. La puberté arrive plus tard chez le crétin, mais ses organes générateurs deviennent très-volumineux; aussi est-il

très-lubrique et sujet à l'onanisme. A cette époque de sa vie, le crétin commence à marcher seulement vers les endroits où est sa nourriture, vers le coin du feu ou les endroits échauffés par le soleil. Quand il marche, il va droit à son but, ne se détourne qu'autant qu'un obstacle invincible se presente, et ne change jamais de chemin; sa démarche est chancelante, son corps tremble, ses bras sont pendans; est-il assis, il promène toujours ses mains sur un morceau de bois, les joint souvent ensemble, et les porte ainsi à son visage. Sa peau, d'abord d'un blanc mat ou olivâtre, devient brune quand il a acquis la taille de quatre à cinq pieds, maximum de son accroissement. La sensibilité du crétin est tellement obtuse, qu'il ne craint ni le froid, ni le chaud, ni la vermine, ni les coups; la plupart du temps il est sourd et muet; l'odorat est nul chez lui, et le goût peu developpé; il voit, mais ne regarde point; il ne distingue ni les couleurs ni les distances. Indifférent pour ses parens et pour tout ce qui l'entoure, le crétin n'a de sensibilité que ce qui lui en est strictement nécessaire pour la satisfaction de ses premiers besoins physiques; il n'est nullement caressant, ne se ressouvient d'aucun bienfait; étranger à toute propreté, il lâche ses excrémens et se couche dessus. Sobre par nécessité, à l'abri de l'ennui et des passions, il est peu sujet aux maladies, et meurt de vieillesse.

Le crétinisme, maladie, ou plutôt vice de première formation, est particulier à l'espèce humaine. Plus stupide que l'animal le moins favorisé, le crétin mourrait de faim si on n'en prenait soin. Le crétinisme est aussi commun dans les villes et les bourgs que dans les hameaux, chez les riches que chez les pauvres. Les écrivains portugais et espagnols, dit Fodéré, ont observé que, dans leur patrie, la stupidité est plus fréquemment l'apanage des familles nobles; il en est de même dans les pays de crétins. Néanmoins, l'indigence et les maux qui en sont la suite fortifient, selon cet auteur, l'influence des causes du crétinisme, mais ne le déterminent pas; ce qui le prouve, c'est qu'il n'y a pas de crétins partout où il y a de la misère. Le même auteur ajoute que le crétinisme n'est pas en raison du goître, car il y a des crétins dont le goître est très-peu considérable, et d'autres ayant seulement un gros cou; dans le même pays où règne le crétinisme, on trouve des goîtreux qui ne manquent pas d'intelligence, seulement ils ont souvent des enfans crétins.

Tel est le crétinisme *complet*, que Fodéré définit la privation totale et originelle de la faculté de penser. Sous le nom de crétinisme *incomplet*, il désigne cet état d'un grand nombre d'individus, qui, quoiqu'ils ne soient ni sourds ni muets, et

qu'ils se livrent à quelques exercices du culte et à plusieurs actes familiers, n'agissent que par imitation, sans y rien comprendre, et que l'on ne peut parvenir à faire compter un peu en avant sur leurs doigts. D'autres, plus intelligens, ne peuvent cependant apprendre à lire ni à écrire; d'autres, sachant lire et écrire, n'ont jamais pu lier un discours, soit en parlant, soit en écrivant; d'autres enfin, assez intelligens pour leurs intérêts particuliers, ne peuvent cependant apprendre l'arithmétique, et conservent quelque chose d'incohérent dans les idées. Ces hommes, qu'on trouve dans tous les pays, mais plus fréquemment dans les pays à goître, Fodéré les nomme crétins *incomplets* au premier, deuxième ou troisième degré. Les degrés les plus voisins du crétinisme complet se rencontrent plus particulièrement chez les pauvres et les villageois, les autres dans les classes aisées. Plusieurs de ces individus doués d'une si faible intelligence annoncent quelquefois un talent particulier pour dessiner, rimer ou faire de la musique, ou des pièces de mécanique, sans savoir ni lire les ouvrages qui concernent ces arts, ni même en parler; aussi ce germe de talent n'est-il susceptible d'aucun développement considérable. Ces demi-crétins plaident pour le moindre sujet; ils sont fourbes, lâches, sujets à commettre des crimes obscurs; ils éprouvent une grande faiblesse musculaire, un dégoût insurmontable pour le travail, une paresse invincible.

Le crétinisme ne s'acquiert pas accidentellement; il existe dans certaines familles, et s'y propage de la manière suivante: Toujours le crétinisme, quel qu'en soit le degré, est un héritage du père ou de la mère, et suppose ou la même maladie, ou un goître volumineux dans les parens. Il provient plus fréquemment du père que de la mère. Si un goîtreux, fils de goîtreux, demi-crétin, épouse une demi-crétine, leur enfant est tout à fait crétin. Si un crétin au deuxième degré épouse une femme non crétine, non goîtreuse, il naît de cette union un enfant crétin au troisième degré, et ainsi de suite le crétinisme s'affaiblit par l'union avec des femmes bien constituées de corps et d'esprit. Si, au lieu de croiser les races, le crétin du troisième degré dont on vient de parler épouse une crétine au même degré, leur enfant est crétin au deuxième, comme le grand-père, et non comme le père. Fodéré, à qui l'on doit ces remarques, dit que les enfans de crétins ressemblent, pour l'intelligence, assez généralement plutôt au père qu'à la mère.

Cet auteur attribue le crétinisme à un vice de l'encéphale, sans pouvoir dire en quoi ce vice consiste; mais il pense que ce vice doit s'étendre à tout le viscère. Ce que Bonnet et Malacarne, qui rapportent cet état à un vice du cervelet, ont dit à cet égard, lui paraît peu fondé. C'est au resserrement de la

boîte du crâne, à la dureté et à la siccité de la substance nerveuse, cérébrale, cérébelleuse et rachidienne, qu'il croit pouvoir expliquer les phénomènes de cet état de l'homme ramené ou plutôt demeurant dans la condition des animaux les moins intelligens.

La cause efficiente du crétinisme est, selon lui, l'humidité de l'air des vallées profondes situées au pied des Alpes secondaires et des Pyrénées, et en général dans les bas-fonds des vallées situées au pied des grandes montagnes qui divisent les contrées de l'Europe, et qui sont particulièrement exposées aux vents du sud et de l'ouest. On trouve des crétins en Piémont, en Savoie, dans les vallées de Luchon, d'Aure, de Barrège, et dans le Gévaudan; le nombre des goîtreux et des crétins est proportionné à la somme d'humidité; on n'en trouve que dans les lieux où tout favorise cette humidité. Ce n'est point la fraîcheur, ni la dureté de l'eau des montagnes, ni l'eau de neige, ni l'abus des liqueurs fortes, qui produisent le crétinisme; il n'est point non plus une dégénération de quelque maladie de la peau, telle que la lèpre.

En 1792, la seule vallée d'Aoste renfermait 1,740 crétins sur 68,022 habitans, sans compter les demi-crétins et les goîtres énormes; leur nombre a diminué depuis vingt à trente ans. Fodéré attribue cette diminution à ce que les habitations étant mieux construites, les rues plus larges, les chemins plus élevés, la coutume de faire du feu dans les appartemens en hiver plus générale, les soins de propreté plus répandus, ces améliorations ont diminué l'influence de l'humidité. Les montagnes ont été défrichées, un nombre immense d'arbres a été abattu; les filets d'eau épars ont été rassemblés en ruisseaux, les ruisseaux en torrens, les rivières ont augmenté, le fond des vallées s'est élevé, l'humidité du sol a diminué. Les vents n'ayant plus à passer sur et à travers d'immenses forêts, sont devenus moins humides; le climat est devenu plus sec et plus froid. Les enfans ne sont plus abandonnés presque sans vêtemens à l'humidité de l'air. Les rayons du soleil sont, dit Fodéré, le véritable spécifique du goître et du crétinisme. Pour faire disparaître le crétinisme, cet auteur propose les mesures suivantes : mettre les habitations dans une situation élevée et telle qu'elles reçoivent l'impression des vents et du soleil; exposer les enfans aux rayons de cet astre; dessécher les marais; paver les rues; établir des chemins élevés; croiser les races; ordonner que les mariages n'aient point lieu avant vingt-quatre ou vingt-cinq ans pour les hommes et vingt pour les femmes; défendre le mariage aux sujets dont le goître est un peu volumineux et surtout aux demi-crétins; faire nourrir les enfans de la plaine par des nourrices des montagnes; perfec-

tionner le régime et l'éducation physique et morale très-peu avancée dans les pays où règne le crétinisme.

Il nous reste à parler de la stupidité et de la démence, deux nuances de l'idiotisme, qui se développent sous l'influence de causes accidentelles.

La *stupidité*, dit Georget, est l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade cesse d'avoir des idées, soit qu'il ne puisse plus les exprimer. Il semble y avoir un état complet d'anéantissement moral. Les stupides sont indifférens à tout ce qui les entoure, insensibles à l'action des corps environnans ; ils urinent et lâchent leurs excrémens sans s'en apercevoir ; ils restent couchés ou levés dans la position où on les met ; les opérations que l'on pratique sur eux ne provoquent aucune douleur ; ils ne répondent point aux questions qu'on leur fait, et, malgré leurs yeux ouverts et leur bouche béante, ils ont l'impassibilité d'un sujet plongé dans le coma. Certains prononcent cependant quelques sons inarticulés, quelques mots même. La stupidité est un état presque aigu dans plusieurs cas ; on l'a vue ne durer que trois mois, et cesser subitement au bout de ce temps après une abondante salivation. Quand cette heureuse terminaison a lieu, les malades rapportent parfois qu'ils entendaient, au moins en partie, les questions qui leur etaient adressées, mais qu'il leur était impossible d'y répondre. Cet état peut récidiver et guérir jusqu'à cinq fois d'après un fait observé par Georget. Pinel avait décrit la stupidité, dénomination proposée par Esquirol, sous le nom d'idiotisme produit par des émotions vives et inattendues, telles qu'une joie excessive, une forte frayeur ; il en cite deux exemples, l'un d'un artilleur qui tomba dans l'idiotisme à l'occasion d'une lettre d'encouragement qu'il reçut pour une découverte ; l'autre d'un jeune réquisitionnaire dont le frère avait été tué près de lui. Ce qu'il y a de plus remarquable, et ce qui prouve jusqu'à quel point la prédisposition peut influer sur la production de toute lésion de la pensée, c'est que l'autre frère de ce réquisitionnaire le voyant arriver à la maison paternelle dans un état de stupidité profonde, tomba aussitôt dans le même état. Ces trois infortunés ne guérirent point. Nous avons connu le fils d'un général, lequel ayant vu tomber son père mort à ses côtés, resta immobile, et perdit aussitôt l'usage de la parole et toute intelligence. Il y avait environ quinze ans qu'il végétait dans un si déplorable état, sans proférer d'autres sons que quelques syllabes à peine articulées, lorsqu'à notre grand étonnement, nous l'entendîmes entrer en conversation, fort décousue comme on peut le croire, avec un jeune maniaque que l'on venait de placer dans un lit en face du sien. Il ne guérit pas.

Les excitans de l'action de la peau et des sens, de l'odorat, du goût, peut-être de l'ouïe, tels sont les seuls moyens qui paraissent indiqués dans la stupidité, mais rien ne démontre qu'ils soient utiles ou nuisibles.

La *démence* est caractérisée, selon Pinel, par une mobilité turbulente et incoërcible, une succession rapide et comme instantanée d'idées qui semblent pulluler dans l'entendement sans aucune impression faite sur les sens; un flux et reflux continuels et ridicules d'objets chimériques qui se choquent, alternent, se détruisent les uns les autres; un concours incohérent mais calme d'affections morales, de sentimens de joie, de tristesse, de colère, qui naissent fortuitement et disparaissent de même, sans laisser aucune trace, et sans aucune correspondance avec les impressions des objets extérieurs. Suivant cet auteur, la mémoire et le jugement sont profondément lésés dans la démence, qu'il a même été jusqu'à définir improprement l'abolition de la pensée; tandis que, dans la manie, si la perception, l'imagination, la mémoire sont lésées, le jugement subsiste, ou du moins la faculté de rapprocher les idées. Dans la démence il y a succession rapide ou plutôt alternative rapide d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, naissant les unes à la suite des autres, sans liaison; mouvemens désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein. Peut-on ajouter, avec le même auteur, qu'il y a en même temps abolition de la perception et nul sentiment intérieur de l'existence? Nous ne le pensons pas; l'insensé qui remue des pierres, arrache de l'herbe, a évidemment des perceptions; et quelque désordonnée que soit son activité, quelque faible que soit sa volonté, il ne peut ne pas savoir qu'il existe, quoique ce sentiment soit peu consistant en lui.

Esquirol dit très-bien de la démence, que c'est la privation de la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en bien saisir les rapports, de les comparer exactement, et d'en conserver le souvenir complet, d'où résulte l'impossibilité de raisonner juste. Les facultés intellectuelles et morales ne sont point abolies dans l'insensé, mais elles sont si peu puissantes qu'elles ne s'enchaînent plus convenablement, et ne se manifestent plus avec l'intensité de l'état ordinaire de la vie. Ils sont peu dociles, deviennent aisément le jouet de ceux qui les entourent, et pourtant ils se mettent aisément en colère, mais seulement pour un moment. Presque tous ont un *tic* ou *manie*, dit le même auteur : les uns marchent sans cesse; les autres restent immobiles, étendus ou accroupis; celui-ci écrit toujours, et toujours mal, sur ses anciennes habitudes; celui-là

parle sans cesse, soit à haute voix, soit en marmottant; l'un frappe continuellement dans ses mains, l'autre se balance sans cesse le corps; l'un pleure, l'autre rit; un autre rit et pleure en même temps; plusieurs s'ajustent d'une manière bizarre. Il en est un bon nombre qui sont paralysés.

Les insensés offrent, selon Esquirol, les symptômes suivans, outre ceux qui dénotent le trouble des facultés intellectuelles affectives, la face est pâle, les yeux sont ternes, humides de larmes, les pupilles dilatées, le regard incertain, la physionomie immobile, sans expression; souvent les muscles, relâchés d'un côté, font paraître le visage de travers; le corps est maigre et grêle ou chargé d'embonpoint, la face pleine, colorée, le cou court; le sommeil est pour l'ordinaire profond et prolongé, l'appétit vorace; les déjections sont faciles, et parfois involontaires.

Maladie accidentelle de l'encéphale, la démence peut être aiguë ou chronique, continue, rémittente ou intermittente, simple ou compliquée.

Le tempérament lymphatique, la constitution hémorrhoïdaire, l'habitude du corps apoplectique, les excès d'études, les écarts de régime, les passions long-temps exaltées, les désirs long-temps comprimés, sont autant de circonstances favorables au développement de la démence.

La démence est plus fréquente depuis l'âge de quarante ans jusqu'à celui de quatre-vingt, et surtout de quarante à cinquante ans. Dans le tiers, à peu près, du nombre des cas de cette maladie, elle est l'effet du progrès de l'âge; viennent ensuite l'époque de la cessation des menstrues, les désordres de la menstruation, les suites de couches, l'abus du mercure, la masturbation, les secousses politiques, les chagrins domestiques, l'apoplexie, l'épilepsie, les écarts de régime, l'abus du vin, l'amour contrarié, la frayeur. La manie et la monomanie dégénèrent très-souvent en démence, surtout quand on a recours à des saignées trop copieuses et trop répétées; elle est alors passagère, le retour des forces ramène les accès de fureur. Esquirol a vu cette dernière causée par l'habitation dans une maison nouvellement bâtie, par le lavage de la tête à l'eau froide, la suppression d'un abcès après la variole, celle d'un coryza, de la goutte, du rhumatisme, des dartres. A la suite de la manie, des irritations cérébrales et gastro-cérébrales aiguës, il reste souvent un délire tranquille, doux, taciturne; les idées sont incohérentes et sans force; Esquirol considère cet état comme le passage à la convalescence, et non comme une démence proprement dite.

La démence est beaucoup plus souvent chronique qu'aiguë, sénile que provenant d'autre cause, continue qu'intermittente; elle complique souvent la monomanie, la manie; elle est

souvent compliquée de convulsions, d'épilepsie, de paralysie.

La plupart des insensés périssent par une irritation cérébrale, une gastro-cérébrale aiguë, ou une apoplexie, par la phthisie pulmonaire, ou enfin par ce qu'on appelle une fièvre lente. La phthisie pulmonaire est plus commune chez les insensés mélancoliques.

A l'ouverture des cadavres, on trouve le plus ordinairement les parois du crâne très-épaisses, injectées, diploïques ou éburnées; le crâne irrégulier relativement à ses deux diamètres et à la capacité des deux moitiés de cette boîte; les méninges épaissies, injectées; le cerveau mou, ainsi que le cervelet; la substance grise décolorée, la substance blanche injectée; la membrane qui revêt les ventricules adhérente; cette dernière lésion est constante; les lésions chroniques du conduit alimentaire sont très-communes, ainsi que celles du poumon, les concrétions biliaires, les lésions du cœur, celles du bassin, de l'utérus, du foie sont les plus rares. On doit noter qu'il n'est pas rare de trouver le cerveau plus dense que de coutume. Fréquemment les vaisseaux de la dure-mère sont développés, injectés; la face interne de cette membrane est enduite d'une couche membraniforme, comme si, dit Esquirol, la fibrine du sang épanché s'était étendue en forme de membrane sur la face interne de la dure-mère; presque toujours entre l'arachnoïde et la pie-mère se trouvent des épanchemens séreux ou albumineux qui recouvrent et effacent presque les circonvolutions. Les épanchemens séreux à la base du crâne sont ordinaires; ils ont lieu presque toujours dans les ventricules du cerveau. Les plexus choroïdes, injectés ou décolorés, sont presque toujours garnis de kystes séreux, dont le nombre et le volume varient beaucoup.

Esquirol compare les adhérences de la membrane qui revêt les ventricules latéraux à celles de la plèvre et du péritoine; c'est lui qui les a signalées le premier; elles se trouvent, dit-il, dans un grand nombre de sujets non aliénés; elles peuvent, selon lui, expliquer les céphalalgies chroniques; nous le croyons avec lui, mais il y a suffisamment, dans ce qui précède, de quoi prouver que, chez la plupart des insensés, il existe une arachnoïdite chronique.

De toutes les lésions de la pensée, la démence paraît être celle qui peut dépendre moins souvent d'une affection des voies digestives liée à une affection du cerveau ou des méninges; la lésion primitive de l'encéphale ou de ses dépendances paraît en être seule la cause prochaine, dans le plus grand nombre des cas.

La démence est aiguë parfois à la suite des maladies aiguës ou d'écarts passagers de régime, de la suppression d'une éva-

cuation habituelle, ou de l'abus du traitement antiphlogistique dans la manie. Le rappel de l'évacuation supprimée, le régime, les frictions, les bains de rivière, le quinquina, la valériane, le musc, contribuent, dit-on, au rétablissement, que précède quelquefois l'apparition subite d'une manie aiguë.

Les frictions stibiées et cantharidées, les vésicatoires, le séton, le moxa, le feu, l'électricité, les toniques, les drastiques les plus violens, recommandés contre la démence chronique causée par l'onanisme, des excès d'études, par l'abus des plaisirs, l'hypochondrie, la paralysie, l'apoplexie, la mélancolie, la manie, réussissent très-rarement, ou leurs effets ne sont que passagers.

L'air des champs, l'exercice, un bon régime, ralentissent les progrès de la démence sénile, qui est constamment incurable. Il en est de même de la démence compliquée de mélancolie, de manie, d'épilepsie, de convulsion, de scorbut, et surtout, dit Esquirol, de paralysie.

Si, après avoir lu ce qui précède, on est tenté de trouver que nous avons eu tort de rapprocher l'imbécillité, l'idiotisme, le crétinisme, de la stupidité et surtout de la démence, ce sera seulement parce qu'on n'aura pas réfléchi que, si toutes les nuances d'une maladie ont de l'analogie entre elles, on ne doit pas s'étonner qu'elles offrent des différences. Dans les quatre premiers de ces états de diminution de la pensée ou de non développement de cette précieuse prérogative, il n'y a point ou il n'y a que peu d'idées. Dans la dernière, ou la démence, des idées incomplètes pullulent assez, mais leur défaut de liaison et l'absence de tout jugement, les rend nulles. La démence offre les ruines de l'entendement humain. Dans l'idiotisme, il n'est pas élevé, ou l'on n'en trouve que les premiers linéamens.

IF, s. m., *taxus baccata ;* bel arbre de la dioécie monadelphie, et de la famille des conifères, qui a pour caractères : fleurs axillaires, sessiles, monoïques ou dioïques ; les mâles composées de plusieurs écailles et de huit ou dix étamines, dont les filamens sont réunis en cylindre ; les femelles composées d'un calice écailleux, comme dans les mâles, mais plus petit, et d'un ovaire porté sur un disque qui s'accroît après la fécondation, prend la forme d'une cupule, devient pulpeux et d'un rouge vif, et enveloppe aux trois quarts une petite noix ovoïde, uniloculaire, monosperme.

Les cupules rouges de l'if sont extrêmement visqueuses, ce qui les rend fades, sans néanmoins les empêcher d'être agréables au goût. Percy, qui en a étudié les effets avec soin, s'est convaincu, malgré les préjugés régnans, qu'elles ne sont nullement malfaisantes, et que tout au plus elles peuvent causer

une légère diarrhée lorsqu'on en mange avec excès, propriété qui leur est commune avec tous les fruits abondamment chargés de mucilage doux et sucré. Cet habile praticien a conclu de ses nombreuses observations, qu'on peut les employer comme adoucissantes, béchiques et laxatives, qu'elles peuvent surtout être administrées avec avantage dans les affections des reins et de la vessie.

L'amande contenue dans le fruit proprement dit, est oléagineuse et bonne à manger; elle fournit, par expression, une huile qui rancit et devient âcre en vieillissant.

Mais il n'en est pas de même des autres parties de l'if, telles que son écorce, son bois et ses feuilles. Il paraît que les anciens en avaient fort exagéré les propriétés dangereuses; il n'en est pas moins certain, d'après les expériences de Montgarny père, qu'elles exercent une action très-prononcée sur l'économie animale, et qu'il faut au moins les expérimenter avec beaucoup de prudence. Suivant ce médecin, l'extrait ou la poudre de l'écorce et des feuilles, à forte dose, produit des nausées quelquefois suivies de vomissemens, une diarrhée, ordinairement copieuse, mais accompagnée de ténesme, des vertiges momentanés, un assoupissement de quelques heures, la difficulté d'uriner, une salive épaisse, salée et quelquefois âcre, des sueurs gluantes, fétides, avec une vive démangeaison à la peau, un engourdissement avec une sorte d'immobilité dans les extrémités, etc. Tous ces effets s'expliquent jusqu'à un certain point, par la résine dont l'if est abondamment chargé, comme les autres conifères; mais ils ont besoin d'être étudiés de nouveau. Jusqu'à ce que nous ayons une série d'expériences conduites avec le soin et la circonspection nécessaires, on doit s'abstenir de porter un jugement sur les propriétés médicales qui pourraient résider dans ce végétal. Il serait d'autant plus urgent de s'en occuper qu'on a été jusqu'à dire que l'ombre de l'arbre pouvait donner la mort; quoique cette assertion soit peu probable, il suffit qu'elle ait été mise en avant, pour qu'on doive désirer des observations précises qui la renversent ou qui la justifient.

ILÉO-COECAL, *ileo-cœcalis;* épithète imposée par un grand nombre d'anatomistes à la valvule de Bauhin, qui se remarque au point de jonction du gros intestin avec l'intestin grêle.

La valvule iléo-cœcale forme un large repli semi-lunaire ou elliptique, dirigé transversalement, qui semble produit par l'intestin grêle prolongé à travers une ouverture du gros intestin, de manière à faire saillie dans l'intérieur de celui-ci. Il résulte de cette disposition deux plicatures ou lèvres, dont l'inférieure est plus large que la supérieure, et qui se correspondent mutuellement par une de leurs faces, tandis que,

par l'autre, elles répondent, la première au cœcum, la seconde au colon. Il règne entre ces deux lèvres une fente transversale et oblongue, qui est l'orifice un peu rétréci de l'intestin grêle. Leurs deux extrémités se réunissent de chaque côté; elles se continuent avec deux rides fort élevées, qui s'effacent d'une manière insensible, et qui se terminent en pointe du côté du cœcum opposé à la valvule. Ces rides sont produites par des trousseaux longitudinaux de fibres blanchâtres. Elles ont pour usage d'empêcher la valvule de se renverser du côté de l'iléon.

Chacun des deux feuillets de la valvule est formé par la membrane muqueuse et les fibres circulaires de la membrane musculaire de l'iléon et du colon. Quant aux fibres longitudinales et à la tunique péritonéale, elles passent de suite sur le cœcum et le colon : lorsqu'on détache avec circonspection les deux couches musculaires que renferme la valvule, celle-ci s'efface tout à fait; on voit alors l'intestin grêle s'aboucher avec le gros par un orifice un peu plus évasé que le reste de son calibre.

La valvule de Bauhin empêche les matières contenues dans le gros intestin de refluer dans l'iléon, mais n'oppose aucun obstacle au cours des matières qui passent de celui-ci dans celui-là. Elle remplit d'autant mieux son office, que l'intestin grêle est plus distendu, parce qu'alors les commissures des lèvres s'écartent bien davantage, que ces lèvres se rapprochent par leurs bords, et que même l'inférieure se renverse sur la supérieure.

ILÉON, s. m., *iléon*, portion de l'intestin grêle qui s'étend depuis le jéjunum jusqu'au cœcum. Comme il est difficile d'établir la ligne de démarcation qui le sépare du jéjunum, nous le décrirons, en même temps que ce dernier, à l'article INTESTIN.

ILES, s. m. pl.; nom donné par les anatomistes aux enfoncemens des parties latérales inférieures du bas-ventre, qui sont bornés par la saillie des hanches, et que le vulgaire désigne sous celui de *flancs*.

ILÉUS, s. m., *ileus*, *chordapsus*, *acutum tormentum*, *passio iliaca*, *miserere*. Par suite de l'influence puissante des mots sur les idées, chacun des mots employés pour désigner un ou plusieurs symptômes est devenu le nom d'une maladie, et le sujet de graves discussions parmi les modernes, pour en déterminer la nature. C'est ainsi qu'on sait à peine aujourd'hui ce qu'il faut entendre par iléus, et pourtant on s'obstine à prétendre qu'il existe une maladie particulière qui mérite ce nom. Hippocrate appelait ainsi l'état des organes digestifs contractés par l'inflammation au point que les gaz ni les ali-

mens ne pouvaient passer, le ventre étant dur et le malade vomissant de temps en temps. Galien reproduisit cette opinion à peu près dans les mêmes termes, donnant à cet état le nom de *chordapsus*. Ce fut Arétée qui, le premier, offrit l'idée d'un entortillement des intestins; cette idée a fini par dominer; peu à peu on a oublié l'inflammation pour ne penser qu'au spasme. Après avoir beaucoup discuté sur la signification du mot *iléus*, on a fini par désigner ainsi, soit le vomissement de matières stercorales avec douleur atroce, qui a lieu dans l'entérocele étranglée ou dans l'étranglement intense d'un intestin non déplacé et dans le cas d'invagination intestinale (*Voyez* INTESTIN et VOLVULUS), soit une vive douleur abdominale avec vomissement, causée non par l'inflammation, mais par le spasme de l'estomac et de l'intestin.

Après avoir dit qu'il laisse de côté l'iléus dépendant de toute autre cause que le spasme, Pinel ajoute que l'iléus *nerveux* est causé par la présence des vers et des corps étrangers dans le conduit intestinal, l'étranglement d'un intestin, l'endurcissement des matières contenues dans le tube alimentaire, la compression de ce conduit, des sauts, des chutes sur l'abdomen durant la digestion, des affections morales vives, la suppression de différentes évacuations ou de maladies cutanées. La contradiction qui se trouve dans ce passage de ses écrits réfute tout ce qu'il avance sur l'iléus, dont il est évident qu'il n'a jamais eu d'idée nette.

Barthez, sous le nom de *colique iliaque nerveuse*, a traité de l'iléus spasmodique; il le définit une affection douloureuse des intestins accompagnée d'un état de constipation et de vomissemens fréquens. Cette définition n'est qu'une phrase d'Hippocrate légèrement altérée dans la forme, mais beaucoup dans le fond, puisque l'idée d'inflammation s'en trouve retranchée. Cette colique est, dit Barthez, celle dont la cause essentielle n'est ni un vice dans les mouvemens ou les qualités des humeurs, ni une lésion, soit idiopathique par obstruction, inflammation, distension flatueuse, etc., soit sympathique, comme dans les coliques néphrétiques, hystériques et menstruelles, etc. On se demande ce que peut être une douleur qui ne dépend de rien de tout cela. Pour éclaircir son idée, Barthez ajoute qu'il donne le nom de *nerveuse* à cette colique iliaque, afin d'indiquer par ce terme général qu'elle appartient à la classe des coliques dont la cause est une lésion immédiate du principe de la vie, qui sent dans les nerfs et qui agit dans les fibres des intestins. Puis, immédiatement après, il dit qu'il faut rapporter toutes les coliques à trois classes distinctes, suivant qu'elles sont produites par une lésion dans les solides des intestins, par un vice ou par le cours irrégulier des humeurs qui se portent sur

ces organes, ou enfin par une complication de ces deux sortes de causes, qui peut être avec dominance de l'une ou de l'autre. Tout cela est fondé sur *deux* faits, l'un d'iléus aigu, l'autre d'iléus chronique. Dans le premier, il s'agit d'une douleur épigastrique avec gêne de la respiration et vomissement. Dans la matière on trouva *un jour*, assure-t-on, de la décoction de feuilles et de fleurs de mauve prise en lavemens. Cette douleur finit par compliquer une pharyngite chronique dont on fit cesser les symptômes par de petites prises, répétées souvent, de bouillon de viande et de gelée de corne de cerf acidulée avec du suc de citron; de l'eau de poulet dans laquelle on avait fait infuser des feuilles de menthe, pour boisson; l'application des sangsues à l'anus, des lavemens avec la décoction de mauve à laquelle on ajouta seulement une fois une demi-once de sulfate de soude, en y joignant vingt-cinq gouttes de laudanum contre la colique; un vésicatoire camphré sur la région épigastrique et des onctions camphrées sur tout le bas-ventre; un bol de six grains d'assa fœtida, deux grains de camphre, six grains de nitre et quantité suffisante d'extrait de menthe, donné de trois heures en trois heures; le tout continué pendant plusieurs jours fut *sensiblement* très-efficace; le quatrième jour, il ne resta au malade que le souvenir de ses souffrances, et l'inflammation du pharynx qui durait depuis plusieurs jours *se trouvait entièrement dissipée*; un an après il n'y avait pas eu de rechute.

Nous abandonnons cette singulière observation à la méditation du lecteur; c'est, avec la suivante, tout ce que la médecine a produit de mieux sur l'iléus spasmodique ou nerveux.

Une dame était sujette chaque jour, depuis cinq ans, à de vives coliques, et au vomissement, dans la matière duquel elle découvrit *une fois* la décoction d'espèces émollientes qu'elle avait prise en lavement. Barthez lui fit appliquer sur l'épigastre un grand sachet piqué et rempli de camphre broyé grossièrement; on fit plusieurs fois le jour, sur toute la surface du bas-ventre, des onctions avec l'huile camphrée, à laquelle on ajoutait du laudanum liquide lorsque les douleurs étaient les plus vives; la malade prit un assez grand nombre de tablettes de soufre, porta des caleçons, et de plus, jour et nuit, une camisolle de flanelle à manches sur la peau. Elle prit les pilules de camphre et d'assa-fœtida dont il a été parlé plus haut. Ces remèdes produisirent, dans l'espace d'environ trois mois, une guérison complète de la colique. La malade n'a eu que quelques rechutes passagères de ses douleurs; elle a repris son embonpoint, ses forces et sa santé.

Il arrive un instant, dans certaines gastro-entérites, certaines entérites aiguës ou chroniques, où le liquide le plus

doux est rejeté par le vomissement ou par l'anus, selon qu'on le donne par le haut ou par le bas ; il en est même où un liquide donné par le bas, est rejeté par le haut. En pareil cas il est bon de stimuler la peau, et d'exciter le cerveau par des frictions, des odeurs; il peut même être utile de stimuler l'estomac quand c'est l'intestin qui est le siége de l'irritation d'où provient le vomissement, alors purement sympathique, ou l'intestin quand c'est l'estomac qui est le siége de l'irritation qui fait que les alimens non encore digérés sont précipités dans les intestins et de là au dehors. Mais quels sont ces cas? comment les reconnaître? quels moyens sont alors préférables? C'est ce qu'on ne sait pas; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que les préceptes de Barthez ont fait prodiguer les antispasmodiques et les stimulans dans une foule de cas de gastrite, de gastro-entérite, où l'on a cru reconnaître sa colique nerveuse, au grand détriment des malades. Le mal qu'il a fait et qu'il ferait encore si ses principes de traitement étaient conservés, serait-il compensé par la satisfaction d'apprendre de lui que cette colique « est produite par une irritation *directe* du principe de la vie, dont l'affection particulière ne se manifeste qu'autant qu'elle fait dominer, avec plus de force que dans les autres espèces de colique, le mouvement antipéristaltique des intestins sur leur mouvement péristaltique? » Ecoutons ce que disaient d'une théorie aussi singulière les sages de Port-Royal : « Quand nous voyons un effet dont la cause nous est inconnue, nous nous imaginons l'avoir démontré lorsque nous avons joint à cet effet un mot général de *vertu* et de *faculté* qui ne forme dans notre esprit aucune autre idée, sinon que cet effet a quelque cause, ce que nous savions bien avant que d'avoir trouvé ce mot. »

Si l'on entend par *iléus* autre chose que le vomissement des matières contenues dans les intestins, ce mot n'a plus aucun sens raisonnable; si on le prend dans cette acception, il ne désigne plus qu'un des phénomènes les moins communs de l'entérite, et ne réclame pas d'autre moyen, en ayant seulement égard au parti que l'on peut tirer *quelquefois* des stimulans diffusibles, lorsque les autres signes de l'entérite sont très-peu on point sensibles.

ILIAL, adj., *ilialis*. Les anatomistes désignent sous le nom de *portion iliale de l'os coxal* l'os ilion, qui forme une pièce distincte et séparée chez les très-jeunes sujets, tandis que, dans l'âge adulte, il est soudé complétement avec les deux autres pièces du principal os du bassin.

ILIAQUE, adj., *iliacus*; qui a rapport aux flancs.

Arrivée sur le corps de la quatrième vertèbre lombaire, l'aorte abdominale se partage en deux gros troncs, qui s'écar-

tent l'un de l'autre à angle aigu, et qu'on nomme *artères iliaques primitives*. Ces deux troncs se dirigent en dehors, en avant et en bas, et lorsqu'ils sont parvenus sur les côtés de la base du sacrum, se divisent en deux branches volumineuses. L'une est l'*iliaque interne*, ou HYPOGASTRIQUE. L'autre, appelée *iliaque externe*, cotoye le muscle iliaque, entre le psoas, qui est en dehors, et la veine iliaque, qui est en dedans. Elle fournit deux branches, l'iliaque antérieure et l'épigastrique.

La *crête iliaque* est le bord supérieur de l'os des îles.

On donne le nom d'*épines iliaques* aux quatre éminences pointues que présente le même os, deux en avant, et deux en arrière.

Les *fosses iliaques* sont deux cavités creusées sur les deux faces de l'os des îles, et qui donnent attache à des muscles.

Le *muscle iliaque*, placé dans la fosse iliaque interne, dont il emprunte son nom, naît des trois-quarts supérieurs de cette fosse, de la lèvre interne, des deux épines iliaques antérieures, du ligament ilio-lombaire et des deux tiers antérieurs de la lèvre interne et de la crête iliaque. De ces divers points des fibres se rendent, en convergeant, sur le bord externe du muscle grand psoas, qu'elles accompagnent jusqu'au petit trochanter, en passant avec lui sous l'arcade crurale. Ce muscle fléchit la cuisse sur le bassin, et agit puissamment dans la station.

Les *veines iliaques* sont distinguées en *externes* et *primitives*. Celles-ci, très-volumineuses, naissent au niveau de la symphyse sacro-iliaque, et s'unissent, à la hauteur de l'articulation du corps des quatrième et cinquième vertèbres lombaires, pour donner naissance à la veine cave inférieure. La gauche passe successivement au-dessous de l'artère iliaque primitive gauche, puis au-devant de la dernière vertèbre, et enfin derrière l'artère iliaque primitive droite. La *veine iliaque externe*, placée au-dessous et un peu en dedans de l'artère du même nom, reçoit des branches analogues aux siennes, et suit exactement la même marche qu'elle.

Les anévrismes de l'artère crurale qui sont situés trop haut pour que l'on puisse placer une ligature entre eux et le ligament de Fallope, et à plus forte raison les tumeurs de ce genre qui affectent l'artère iliaque externe, étaient naguère encore considérés comme inaccessibles aux instrumens chirurgicaux.

Le traitement de Valsalva, et des applications astringentes ou réfrigérantes, ainsi qu'une compression immédiate, ordinairement insupportable, et plutôt nuisible qu'utile, tels sont les moyens, presque toujours insuffisans, que les praticiens leur opposaient. On se rappelle que Desault lui-même n'imagina rien de mieux, dans un cas d'anévrisme inguinal, que de com-

primer l'artère au-dessous de la tumeur, et que cette tentative hâta les progrès de la maladie, au lieu de la guérir. Bien que Marc-Aurèle Severin, Clarke, Gavina et Guattani eussent démontré par des faits que l'oblitération de l'artère iliaque externe n'entraîne pas nécessairement la gangrène du membre, ce ne fut qu'en 1796 qu'Abernethy conçut et exécuta le projet de lier ce vaisseau, et malgré l'issue défavorable de ses deux premières opérations, il compta bientôt de nombreux imitateurs en Angleterre, en France et en Amérique.

Après l'oblitération de l'artère iliaque externe, un vaste système d'anastomose entoure la base du membre abdominal, et y entretient le mouvement circulatoire. En avant, l'épigastrique et la tégumenteuse abdominale; en dehors, la circonflèxe iliaque; en dedans, les honteuses externes et les circonflèxes de la cuisse; en arrière, les nombreux rameaux descendaus de la profonde reçoivent et transmettent au tronc fémoral le sang qu'ils ont reçu de la mammaire interne, des intercostales inférieures, des lombaires, de l'iléo-lombaire, de la sacrée-latérale, de l'obturatrice, de la honteuse interne et enfin de la fessière et de l'ischiatique. Les ramifications qui terminent toutes ces branches se dilatent, et leurs filets anastomotiques se convertissent en canaux plus ou moins considérables. Quelquefois, il se développe alors des communications spéciales et fort larges que l'on a trouvées, soit autour du bulbe de l'urètre, soit au-dessous du trou sous-pubien, soit enfin en arrière, vers la fesse, ou en dehors, entre l'iléo-lombaire et la circonflèxe iliaque.

Quoique la ligature de l'iliaque constitue le moyen le plus efficace de guérir l'anévrisme de l'origine de la crurale, il se peut cependant que l'état du malade ne permette pas d'exécuter actuellement cette opération. Dans un cas de ce genre, Verdier a comprimé avec le plus grand succès la fin de l'iliaque au moyen d'un bandage analogue au BRAYER de Camper, et dont la pelotte, mobile, pouvait être poussée sur le vaisseau à l'aide d'une vis de pression.

Deux procédés principaux ont été mis en usage afin de découvrir l'artère iliaque externe. L'un est celui d'Abernethy; on doit l'autre à Astley Cooper. Tous deux exigent que l'on ait d'abord fait vider l'intestin et la vessie, dans l'intention de rendre plus facile le déplacement du péritoine. Quel que soit celui que l'on veuille exécuter, le malade doit être horizontalement couché sur le bord de son lit, ou, mieux encore, sur une table exposée à une vive lumière, et garnie d'un matelas. Il convient que la cuisse reste étendue, afin de tendre les parties, pendant que l'on divise les tégumens et les muscles de l'abdomen; on doit la faire fléchir légèrement, au contraire,

lorsqu'il s'agit d'isoler et de soulever le vaisseau. Il importe enfin, durant ces opérations délicates et graves, que le malade ne pousse pas de cris violens et étouffés, et qu'il ne se livre à aucun effort considérable; ces actions ont pour effet de faire pousser les intestins avec force vers la plaie, d'occasioner un écoulement de sang veineux désagréable, et d'exposer la veine iliaque à être blessée, à raison du gonflement dont elle devient le siége.

Ces préceptes généraux étant établis, le chirurgien, afin d'exécuter le procédé d'Abernethy, fait à la paroi abdominale une incision longue de quatre pouces, ou plus si le sujet a beaucoup d'embonpoint, et qui, commençant à un pouce et demi en avant et au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal, se prolonge, en bas et en dedans, jusqu'à un demi-pouce du ligament de Poupart. Les bords de la plaie étant écartés, il faut diviser, d'un second trait, l'aponévrose du muscle oblique externe dans une égale étendue, et suivant la même direction que la peau. Le doigt est alors glissé sous les bords inférieurs des muscles oblique interne et transverse, que l'on soulève, et sous lesquels on glisse la lame d'un bistouri boutonné, qui les divise de bas en haut. Si l'on faisait usage du bistouri ordinaire, la pulpe du doigt indicateur devrait le diriger et en couvrir la pointe, afin d'éviter sûrement la lésion du péritoine et des intestins. Glissés ensuite en bas et en dedans, vers la fosse iliaque, l'indicateur et le médius de la main gauche détachent le péritoine, en même temps qu'un aide soutient cette membrane ainsi que les intestins, et pénètrent jusqu'au muscle psoas, sur le bord interne duquel on sent aisément l'artère. Le tissu lamineux qui l'unit à la veine iliaque doit être divisé avec l'ongle, et il est facile de glisser par son côté interne un stilet aiguillé qui entraîne avec lui la ligature. Les nerfs cruraux, situés en dehors et protégés par la lame fibreuse du *fascia iliaca*, ne sauraient être atteints, et si l'on ne pouvait isoler un filet qui suit l'artère, il faudrait le couper en travers avant de serrer la ligature.

Le procédé d'A. Cooper diffère du précédent en ce que l'incision des tégumens abdominaux et de l'aponévrose du muscle oblique externe a une forme semi-lunaire, et s'étend depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie supérieure et interne de l'anneau inguinal. Cette incision, qui a la même direction que les fibres aponévrotiques de l'arcade crurale, forme une sorte de lambeau, que l'on soulève, en même temps que les bords adossés de l'oblique interne et du transverse. Le doigt arrive facilement alors à l'artère épigastrique, et en la suivant on découvre l'iliaque, autour de laquelle on place la ligature.

Nous avons plusieurs fois exécuté sur le cadavre l'un et l'autre de ces procédés, et, les comparant entre eux, il est resté démontré pour nous que celui d'Abernethy mérite, à juste titre, la préférence que lui accordent les praticiens. Il permet en effet de découvrir l'artère à une grande profondeur, parce que l'incision des parties externes se trouve presque parallèle au trajet du vaisseau. Il n'en est pas de même du procédé de Cooper, où l'incision, située en bas, et transversale à la direction de l'iliaque, ne fait découvrir qu'une petite étendue de la terminaison de cette artère. Afin de comprendre combien ces circonstances sont importantes, il faut se rappeler, d'une part, que l'on ne peut presque jamais prévoir exactement d'avance à quelle hauteur s'étend la maladie, et par conséquent jusqu'où la ligature devra être portée; de l'autre, que celle-ci ne doit jamais être placée trop près de l'artère épigastrique, parce que le sang rapporté par ce vaisseau dans le tronc fémoral, s'oppose quelquefois à l'oblitération de celui-ci, et prépare des hémorragies dangereuses.

Depuis l'époque de sa première exécution, la ligature de l'artère iliaque externe a été pratiquée par Abernethy, Freer, Tomlinson, A. Cooper, Delaporte, Goodlad de Burg, Dorsey, Ramsden, Albert, Brodie, Norman, Lawrence, Bouchet de Lyon, Molaud, Dupuytren, Collier, Smith, J. Cole et Béclard. Des vingt-huit malades opérés jusqu'à présent, vingt ont parfaitement guéri. Parmi les huit autres, sept ont péri, soit de l'épuisement causé par des hémorragies antérieures à l'opération, soit d'écoulemens sanguins produits par la section trop prompte ou par le défaut d'oblitération de l'artère, soit de l'inflammation du sac anévrismal, soit enfin, et deux seulement sont dans ce cas, de la gangrène du membre. Le huitième des sujets sur lesquels l'opération n'a pas complétement réussi, fut affecté d'une gangrène qui exigea l'amputation de la jambe. Il résulte manifestement de l'ensemble de ces observations, que la ligature de l'iliaque externe n'est pas plus dangereuse que celle des artères axillaires, ou même que celle de l'origine de la crurale.

Les tégumens et les muscles de l'abdomen étant divisés suivant le procédé d'Abernethy, excepté que l'on prolonge davantage l'incision en haut, et qu'on la rend presque parallèle à l'artère épigastrique, il est facile, en détachant le péritoine de dehors en dedans, d'arriver à l'artère iliaque interne, qui doit être isolée et liée à un pouce au moins de son origine. Hevens a pratiqué cette opération avec succès dans un cas d'anévrisme très-considérable de l'artère ischiatique. Les communications entre l'iliaque interne oblitérée et l'artère correspondante du côté opposé, ainsi qu'avec les branches nées de

la crurale du même côté, sont tellement larges et multipliées, que la ligature de ce vaisseau ne saurait par elle-même entraîner aucun danger.

L'artère iliaque primitive n'est pas plus difficile à découvrir que les précédentes. Il faut seulement décoller le péritoine plus haut, mais alors le membre est beaucoup plus exposé à la gangrène. Le sang, pour arriver jusqu'à lui, doit descendre de la mammaire interne, des intercostales et des lombaires dans l'épigastrique, la tégumenteuse abdominale et la circonflèxe iliaque. La fin de la mésentérite inférieure, la sacrée-moyenne et les branches nombreuses de l'iliaque interne qui s'anastomosent sur la ligne médiane avec celles du côté opposé, telles sont encore quelques autres voies par lesquelles le sang peut encore refluer, soit dans le tronc hypogastrique, soit, lorsque ce vaisseau est lui-même oblitéré, dans les rameaux ascendans de la fémorale et de la profonde. Au reste, nous ne pensons pas que cette opération, qui serait une des plus graves du genre, ait été pratiquée.

Il est facile de concevoir, d'après ce qui précède, combien la blessure de troncs artériels aussi volumineux et aussi profondément situés que les iliaques, serait rapidement mortelle. Ces vaisseaux, d'ailleurs, ne peuvent ordinairement être atteints sans que les viscères abdominaux n'éprouvent les lésions les plus graves. Si cependant un heureux hasard rendait le chirurgien témoin de l'ouverture de l'origine de la crurale ou de la fin de l'iliaque externe, il devrait faire comprimer le vaisseau par un aide qui enfoncerait un ou deux doigts dans la plaie, tandis que lui-même inciserait la paroi abdominale et dénuderait l'artère afin de la lier au-dessus de la blessure. Dans tous les cas, la ligature de l'iliaque doit être faite comme celle des autres artères, et le serre-nœud de Dubois, que Larrey et Percy croient spécialement utile dans ce cas, a l'inconvénient d'entretenir de l'irritation par sa présence, et de rendre l'action du fil moins forte et moins sûre.

ILIO-LOMBAIRE, adj., *ilio-lombaris;* qui va de l'iliou à la région des lombes.

L'artère ilio lombaire naît de l'hypogastrique ou de la fessière, passe derrière le muscle psoas, et, parvenue près du bord antérieur du sacrum, se partage en deux branches, dont l'une, ascendante, s'anastomose avec la cinquième lombaire, et dont l'autre, descendante, se perd dans la fosse iliaque.

Le *ligament ilio-lombaire* s'étend de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre lombaire à la partie postérieure et un peu interne de la crête de l'ilion.

ILION, s. m., *ilium;* portion de l'os COXAL.

ILIO-PECTINÉ, adj., *ilio-pectineus;* nom donné par les anatomistes à une éminence qu'on aperçoit sur le bord antérieur de l'os coxal, au côté interne de la coulisse sur laquelle glisse le tendon commun des muscles iliaque et psoas.

ILLÉGITIME, adj., *spurius*. Se disait jadis des fièvres non régulièrement intermittentes, et des inflammations qui paraissaient trop peu caractérisées pour mériter le nom d'inflammation sans une épithète qui dénature l'idée qu'il rappelle.

IMAGINAIRE, adj. Chaque jour on se sert de ce mot pour désigner des maux qui, dit-on, n'existent que dans l'imagination de celui qui croit les éprouver. Ce langage pouvait être admissible lorsqu'on se souciait peu de raisonner juste en médecine, mais il n'est plus tolérable aujourd'hui. Il n'y a pas de mal imaginaire, si ce n'est celui que dit éprouver un fourbe, ou du moins un homme qui a intérêt à mentir. Ce qu'on appelait mal imaginaire est une douleur causée par l'altération latente d'un viscère, ou bien une douleur provenant de ce que le cerveau étant surexcité, le sujet perçoit d'une manière pénible des impressions normales qui, dans d'autres temps, lui auraient été indifférentes. Il n'y a d'imaginaires que les craintes qu'inspirent ces douleurs, et si les malades, en se plaignant de ces douleurs, les exagèrent, ce n'est pas involontairement, mais bien parce qu'ils s'inquiètent des suites qu'elles peuvent avoir, et cherchent à fixer l'attention du médecin et les soins des assistans. Jusqu'ici on avait oublié que le cerveau souffre quand l'imagination est trop active.

IMAGINATION, s. f., *imaginatio;* faculté de créer arbitrairement, avec des idées acquises, qu'on se rend présentes à la pensée, des idées nouvelles, et d'un autre ordre que celles qui naissent des jugemens et raisonnemens ordinaires, idées qui ne sont pas des conséquences directes de celles qu'on emploie pour les produire, mais qui sont ou de nouveaux rapports trouvés entre elles, ou des transformations opérées parmi elles.

Comme les idées acquises sont le fonds de l'imagination, il s'ensuit que cette belle faculté, quoiqu'une des moins bornées sans contredit, n'est pas absolument sans limites, ainsi que l'ont prétendu mal à propos ceux qui, ne l'ayant pas approfondie, n'ont su reconnaître ni sa nature, ni les moyens qu'elle met en usage. Lamark a parfaitement démontré qu'en considérant toutes les idées qu'elle produit, on voit que les unes, et c'est le plus grand nombre, retrouvent leurs modèles dans les idées simples que l'homme a pu se faire à la suite des sensations qu'il a éprouvées, ou dans les idées complexes qu'il s'est faites avec les idées simples, et que les autres prennent

leur source dans le contraste ou l'opposition des idées simples et des idées complexes qu'il avait acquises. « C'est ainsi, dit ce naturaliste philosophe, que l'homme a pris le contraste ou l'opposé de ses idées simples acquises par la sensation, ou de ses idées complexes qu'il a obtenues des premières, lorsque, s'étant fait une idée du fini, il a imaginé l'infini, lorsqu'ayant conçu l'idée d'une durée limitée, il a imaginé l'éternité, c'est-à-dire une durée sans limites, lorsque s'étant formé l'idée d'un corps ou de la matière, il a imaginé l'esprit ou un être immatériel, etc. Hors de l'emploi des oppositions ou des contrastes pris à l'égard d'idées simples acquises, tout produit de l'imagination montrera toujours le modèle employé dans des idées qui proviennent de la sensation, soit directement, soit indirectement. Qu'un poète, pour la commodité de ses fictions, imagine un griffon ou un hippogriffe, que peut-il nous présenter, sinon un animal auquel il donne arbitrairement des parties ou des traits de divers animaux connus, afin d'attribuer à l'être fabuleux qu'il compose, des facultés favorables à son histoire? Si l'on a voulu déterminer les peines réservées aux méchans après leur mort, comment l'a-t-on fait, si ce n'est en outrant les causes de tourment et de douleur que la sensation a fait connaître? Si nous examinons les différentes mythologies, les ingénieuses fictions des poètes, les romans féeriques, enfin les contes et les fables inventés pour notre amusement ou notre délassement, et dans lesquelles les auteurs, s'affranchissant de la considération de ce qui est possible, ont créé tout ce qu'ils ont pu imaginer; qu'y verrons-nous, sinon partout l'emploi d'idées qui retrouvent leurs modèles dans celles que nous nous sommes procurées par la sensation, et jamais d'autres? »

C'est à l'imagination que l'homme est redevable de toutes ces fictions, de toutes ces illusions, qui plaisent si généralement, et dans lesquelles on aime tant à s'enfoncer, quoique rien n'y soit soumis à l'observation, et qu'on n'y puisse rien constater, mais uniquement parce qu'on y peut créer sans contrainte tout ce qui charme, ou flatte, ou intéresse. C'est à elle qu'il doit l'espérance, sans laquelle la vie ne serait la plupart du temps qu'un fardeau insupportable, et qui, trop souvent, est le seul bien dont nous jouissions jusqu'au dernier terme de notre existence. Aussi a-t-elle été cultivée autant que puisse l'être la source la plus abondante des jouissances de l'homme et des dédommagemens qu'il cherche dans les maux qui l'assiégent. Mais, comme elle tire son aliment du nombre et de la nature des idées et des connaissances de ceux qui la possèdent, ou qui sont parvenus à l'acquérir, il résulte de là qu'elle est susceptible d'un grand nombre de degrés différens, qu'elle se réduit à peu près à rien chez les individus qui ne

possèdent qu'un petit nombre d'idées, ou dont les idées ne roulent guère que dans un cercle particulier, et qu'elle n'a réellement de valeur que quand elle existe dans un degré un peu éminent. Encore même l'abondance et la généralité des idées ne suffisent-elles pas pour lui donner du prix, quand elle n'est point accompagnée par l'habitude de rassembler les idées acquises, de les rendre présentes à l'esprit, de les combiner diversement, et surtout lorsqu'elle n'a pas pour guides un tact et un goût sûrs, formés par la comparaison de tout ce que le génie a produit de beau, de grand et de sublime.

IMAGINATIONS. On a donné ce nom à une altération de la faculté visuelle qui consiste dans la conscience d'un objet réputé présent, sans qu'aucun corps étranger ait fait d'impression sur l'organe de la vue : c'est ce qu'on appelle vulgairement *berlue*.

IMBÉCILLITÉ, s. f., *imbecillitas ingenii*, *fatuitas*, *dementia ;* premier degré de l'IDIOTISME. *Voyez* ce mot.

IMMERSION, s. f., *immersio;* action de plonger le corps en totalité ou en partie dans un liquide quelconque. L'immersion générale dans l'eau froide a été recommandée comme un moyen de fortifier les enfans nouveau-nés. Il est certain que l'enfant qui, au sortir du sein de sa mère, est plongé dans un bain froid et qui survit à cette impression, est doué d'une bien grande activité vitale; alors on a fait une expérience heureuse, mais non une pratique salutaire. Sans recourir à un pareil moyen, susceptible de déterminer une congestion funeste sur la poitrine ou sur la tête, il suffit d'habituer peu à peu l'enfant nouveau-né au lavage à l'eau froide, et n'oublions pas que le fils d'un de nos citadins ou de nos paysans n'est pas le fils d'un sauvage accoutumé à subir toutes les vicissitudes atmosphériques. Les effets de l'immersion dans l'eau froide ont tous les inconvéniens des affusions froides, qui ne sont nullement contrebalancés par la percussion prétendue tonique exercée à la périphérie; mais le cas où elle convient le moins est certainement, quoi qu'on en ait dit, celui de la rage; par quelle bizarre théorie, ou plutôt par quel audacieux et absurde empirisme a-t-on été conduit à l'idée de causer la plus horrible frayeur et l'impression la plus propre à faire frissonner chez un malade que la terreur agite, et en qui le principal phénomène morbide est un frisson convulsif des plus violens?

IMMOBILITÉ, s. f. (art vétérinaire). L'immobilité, dont on n'a encore d'exemple que dans le cheval, est particulièrement caractérisée par la grande difficulté ou l'impossibilité où se trouve l'animal qui en est atteint de reculer, et même d'exécuter tout autre mouvement volontaire. Considé-

rée jusqu'ici comme une névrose de la locomotion, comme une affection spéciale et idiopathique des grands muscles locomoteurs, surtout des spinaux, croupiens et autres des membres postérieurs, peut-être cette diminution, cette abolition de l'action musculaire peut-elle être rapportée aux névroses des fonctions cérébrales, et n'être qu'une des formes extérieures de l'irritation aiguë ou chronique, soit de l'encéphale, soit des méninges, soit seulement de l'arachnoïde crânienne ou rachidienne. Ce qui semble appuyer cette conjecture, c'est la suspension plus ou moins complète de l'action des muscles et de l'exercice des sens, la raideur des membres et la difficulté de les mouvoir, phénomènes qu'on observe dans quelques cas d'encéphalite, de méningite et d'arachnoïdite. L'immobilité, comme on le voit, n'est pas sans analogie avec l'affection connue dans l'homme sous le nom de *catalepsie*. Elle est d'ailleurs moins rare qu'on ne le croit généralement; et elle est même assez fréquente à Paris, où elle est connue de tous les marchands de chevaux, lesquels ont bien soin de faire reculer ceux qu'ils se proposent d'acheter sur les marchés, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas immobiles. D'après cela, l'on a lieu de s'étonner qu'elle soit restée inconnue à presque tous les auteurs de maréchalerie. Lafosse est le premier qui en dise quelque chose, et Robinet l'a copié, selon son ordinaire; mais plus récemment Chabert en a donné une description complète.

L'immobilité doit-elle être rangée dans les cas de vices redhibitoires? Certains tribunaux sont pour l'affirmative. Cependant elle n'est ni latente ni contagieuse, elle offre des caractères apparens auxquels il n'est pas possible de la méconnaître; tous les membres sont d'une raideur très-sensible, l'animal ne recule pas, il ne peut décroiser de lui-même les extrémités antérieures, soit qu'on les ait croisées, soit qu'elles se soient croisées spontanément; de tels signes doivent assurément ne pas échapper à l'examen de l'acheteur, et dès-lors nous ne voyons pas la nécessité de ranger la maladie qu'ils décèlent parmi celles qui sont dans le cas d'annuler la vente. Au surplus, la question de redhibition, en général, n'est pas la mieux traitée de notre jurisprudence vétérinaire; elle est néanmoins assez importante pour devenir l'objet d'un nouvel examen, non-seulement sous le point de vue médical, mais autant peut-être, et plus encore, sous l'aspect commercial et économique.

Quoique ses progrès soient toujours lents et plus ou moins insensibles, l'immobilité essentielle, qui est précisément celle dont nous nous occupons, n'est pas toujours chronique, comme on le croit généralement. Ce qu'il y a de certain, c'est

qu'on l'observe quelquefois à l'état aigu, et il n'y a pas bien long-temps que Guillaume, à Issoudun, l'a rencontrée sous cette forme, encore trop peu étudiée pour pouvoir en donner une bonne description. Le plus ordinairement, lorsque l'immobilité est aiguë, elle est la suite ou l'effet sympathique d'une autre maladie, telle qu'une péripneumonie, une gastrite, une gastro-entérite, un état ataxique, le typhus charbonneux, etc. : alors elle est souvent épizootique, ainsi que les maladies d'où elle dépend, et qui la rendent par conséquent symptomatique ou secondaire.

Deux symptômes principaux, pathognomoniques et toujours sûrs, frappent surtout les sens à l'examen du cheval immobile, savoir : l'impossibilité absolue ou presque absolue de reculer, et celle, de la part de l'animal, de décroiser spontanément les extrémités antérieures, soit qu'on les ait trouvées ou placées exprès dans cette position, et alors même qu'on sollicite le malade à l'action de se porter en avant. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine, et après des tentatives réitérées, qu'on parvient à lui faire faire quelques pas en arrière, et, pour qu'il puisse exécuter, toujours très-difficilement, cette action, il faut nécessairement qu'on lui tienne la tête bien placée, car s'il tend le nez au vent, s'il s'encapuchonne, tous les efforts sont inutiles, et ceux qu'on emploie alors se bornent à lui faire *faire les forces*, à tourner la tête, à la secouer, etc. Quand, d'une manière ou de l'autre, les jambes de devant sont croisées, c'est-à-dire l'une sur l'autre, n'importe laquelle, le cheval est dans l'obligation de rester en station dans son attitude jusqu'à ce qu'on l'en débarrasse artificiellement ; il ne peut se porter ni en avant ni en arrière, ni à droite ni à gauche, parce que, pour le faire, il faut qu'il rejette toute la masse sur la croupe et sur les jarrets, afin d'alléger le devant ; et, comme celui-ci ne peut se débarrasser du fardeau qui l'opprime, les quatre extrémités restent en place, ou ne se dérangent que tumultueusement. En ce cas, l'animal se renverse subitement, ou il se précipite en avant ; il tombe sur le nez, sur le côté, ou bien il se tourmente et s'agite d'une manière quelconque. Toutes ces actions n'ont guère lieu qu'après un châtiment plus ou moins violent, et sont absolument désordonnées, les muscles n'agissant que par contractions convulsives, et les mouvemens ne s'exécutant que par secousses. Ces phénomènes pathologiques sont sûrement le résultat de l'affection secondaire des nerfs rachidiens, due elle-même à une irritation de l'arachnoïde épinière, caractérisée par la douleur imprimée au canal vertébral, lorsque les organes musculaires sont en jeu. Quelquefois le jeu des articulations est bruyant et sonore. Lorsque la maladie a fait des progrès, les chevaux croisent les jambes

de devant spontanément, ils gardent cette position plus ou moins long-temps, et l'on est le plus souvent obligé de décroiser artificiellement les membres pour empêcher l'animal de tomber, ou pour le faire cheminer.

L'immobilité s'annonce bien rarement tout à coup. Cependant, lorsque cela arrive, si le cheval est en action, il paraît étourdi, troublé, il s'arrête, chancelle, et écarte les jambes pour se soutenir et prévenir sa chute. D'autres fois l'épine fléchit subitement, une des extrémités postérieures reste en arrière, elle est raide et inflexible.

Dans l'une ou l'autre de ces circonstances, il n'est possible de déterminer l'animal à se porter en avant qu'après un certain temps de repos; mais, dans le plus grand nombre des sujets, la grande difficulté ou l'impossibilité de reculer, ainsi que l'action spontanée de croiser les jambes de devant, sont précédées de légers symptômes de stupeur et d'engourdissement, de douleurs momentanées dans les extrémités antérieures ou postérieures, de difficulté dans les mouvemens latéraux de l'encolure et de l'épine dorsale, de la fixité des oreilles, de l'ouverture excessive des paupières, de la dilatation et du défaut de sensibilité de la pupille. Dans quelques sujets, si l'on change l'attitude actuelle de la tête, elle reste dans celle où on la place : qu'on la lève fort haut, qu'on la tire en bas et près de la litière, qu'on la dirige à droite ou à gauche, elle reste comme on la met. On fait quelquefois, mais plus rarement encore, les mêmes remarques au sujet des extrémités.

A mesure que l'affection fait des progrès, la bouche s'échauffe et devient très-sensible, surtout à l'impression du mors, qui porte le cheval à se retenir, à s'arrêter, à se renverser, à se défendre jusqu'à ce que cette impression cesse. Dans l'état de tranquillité, les lèvres sont pincées et serrées l'une contre l'autre, les mâchoires ont peu de jeu, les naseaux sont spasmodiquement retroussés, la paupière supérieure est relevée d'une manière contrainte, par véritable tension des muscles releveurs; l'œil se porte en avant, il est fixe, et la conjonctive est rougeâtre.

La maladie parvenue à cette époque, l'action de reculer est absolument impossible; les mouvemens quelconques des membres sont gênés et sensiblement embarrassés; les déjections sont pénibles; l'animal est dans la somnolence après le repas; la tête est basse et supportée par le fond de l'auge. La nuque est la seule partie qui soit douloureuse lorsqu'on la presse ou qu'on la comprime dans l'endroit où porte la têtière du licol; le poil est terne et piqué, la perspiration cutanée est supprimée; les déjections sont fétides, et les borborygmes fréquens.

Les chevaux dans cet état boivent et mangent à peu près

autant qu'à l'ordinaire, mais très-lentement. Ils saisissent bien les alimens avec assez de vivacité, et essaient de les mâcher, mais, cette action commencée, ils gardent ainsi la portion de fourrage qu'ils ont saisie une demi-heure, une heure et même plus sans faire agir la mâchoire inférieure, dont l'action néanmoins est toujours lente et traînée. Ils sont bien moins vifs, plutôt tristes que gais; ils se lassent aisément, et la fatigue aggrave singulièrement leur état. Incapables de fournir à des courses ou à des travaux qui exigent un peu de célérité et de force, ils sont sujets à des étourdissemens subits qui les font tomber et s'abattre dans les traits, comme s'ils étaient frappés d'apoplexie; ils restent un certain temps sans donner signe d'existence, ils se relèvent avec peine, leurs flancs sont légèrement agités, ils ne sont en état de marcher qu'au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure; le pouls est naturellement embarrassé et lent, la course ou le travail l'agite très-peu.

Cet état d'engourdissement augmente peu à peu avec le temps. Parvenu à un certain point, l'on remarque des changemens dans une partie des symptômes, qui tous, néanmoins, s'aggravent très-lentement. La sensibilité de la bouche disparaît, le mors n'opère plus d'impression, les naseaux s'affaissent, les lèvres tombent et pendent, elles ont perdu leur ressort, la paupière supérieure recouvre le globe, et si on la relève, elle reste relevée. Il en est quelquefois de même de la direction que l'on donne aux oreilles, de sorte que presque toutes les parties ont, comme les lèvres, perdu leur ressort.

Tel est encore l'effet de cette maladie, qu'elle change absolument le caractère de l'animal. De sensible qu'il était aux aides les plus fines, il endure les châtimens les plus rigoureux; souvent il perd pour quelques momens, surtout lorsqu'on le tourmente, l'usage des sens du toucher et de la vue; mais, quand le châtiment a été trop long-temps continué, l'exercice de ces sens revient subitement. Alors l'animal sort de sa stupeur, se défend, s'emporte, se fourvoie, fait des ruades, s'abat; mais toutes ces actions désordonnées ne durent que peu de temps, et le malade retombe bientôt dans l'engourdissement et l'apathie où il était. Ces désordres sont d'autant plus considérables qu'il a été plus tourmenté et qu'il s'est plus défendu.

Que l'on adopte ou non la distinction que nous proposons de l'immobilité essentielle en aiguë ou chronique, toujours ne peut-on se dispenser d'admettre, avec Chabert, deux temps ou périodes dans la marche de cette affection. Dans l'un, en effet, il y a rigidité, tension excessive; dans l'autre, ces phénomènes sont dissipés, et le relâchement général qui les suit s'est visiblement montré. Cette distinction est surtout nécessaire pour le choix et l'application du traitement, et elle n'est pas

difficile à faire. Le pincement des lèvres, la rigidité de l'encolure, la rétraction de la paupière supérieure, la protubérance du globe, le retroussement et le froncement des naseaux, indiquent le premier temps; on reconnaît le second à l'engourdissement, l'apathie, l'insensibilité, le malaise progressif, l'accroissement lent et presqu'insensible de ces symptômes, leurs variations et leurs modifications qui ne sont apercevables qu'aux personnes accoutumées à voir et à observer.

On n'a pas encore exploré avec assez de recherches et de soin le cerveau et le rachis des chevaux qui périssent de l'immobilité, pour pouvoir y reconnaître d'une manière positive le siége de cette maladie trop souvent funeste. Néanmoins Chabert, le seul, à ce que nous sachions, qui ait offert le résultat de quelques autopsies, dit qu'on trouve la substance cérébrale sans consistance, les ventricules latéraux remplis d'eau, le plexus choroïde tuméfié et souvent garni de concrétions d'un volume variable; la méninge et la méningine constamment adhérentes à la glande pituitaire, et légèrement infiltrées par la présence d'un fluide aqueux surabondant renfermé entre les deux membranes; la graisse qui enveloppe les nerfs à leur sortie de l'épine, ainsi que celle qui tapisse l'intérieur du tube vertébral, très-jaune et très-fluide; le ramollissement du cerveau, la congestion dans les ventricules et entre les méninges, l'état pathologique de ces membranes et du plexus!.... Ne sont-ce pas là des signes de l'irritation du cerveau ou de ses enveloppes, à laquelle on puisse attribuer les phénomènes remarquables de l'immobilité?

Jusqu'ici, l'immobilité passe pour être incurable. Lafosse n'a pu réussir à la guérir, quelque traitement qu'il ait employé. Rozier, dans son grand Dictionaire universel, ou Cours complet d'agriculture (et l'assertion est répétée dans la nouvelle édition de cet ouvrage chez Déterville) n'hésite pas à déclarer que le cheval immobile périt insensiblement malgré les remèdes les mieux indiqués. Huzard fils doute positivement qu'il y ait des exemples bien constatés de guérisons semblables. Nous-mêmes, qui avons rencontré l'immobilité quatre fois seulement dans les premières années de notre entrée dans la carrière, nous avons suivi dans toutes ses parties le plan de traitement tracé par Chabert, et qui paraît lui avoir réussi, et, nous devons le dire avec bonne foi, le succès est loin d'avoir couronné nos efforts. Malgré toutes les tentatives infructueuses qu'on a pu faire, nous sommes éloignés de penser qu'on doive désespérer de celles qu'on pourrait renouveler; nous croyons même que si l'on a été aussi malheureux jusqu'actuellement, c'est que les faits ont manqué, c'est qu'on n'a pas bien saisi le véritable siége et les vrais caractères de l'affection, c'est

en d'autres termes que l'on n'a pas tenu assez de compte de l'état pathologique du cerveau et du rachis; et quand on voudra revenir sur ce sujet, recueillir, analyser des observations particulières, et remonter jusqu'au principe du mal avec le courage et la constance nécessaires pour le bien étudier, à force de temps, de persévérance et de recherches, on pourra parvenir, espérons-le, à découvrir les véritables moyens d'en triompher. Ces moyens pourront d'autant mieux réussir que la maladie sera plus récente, et que les secours suivront de plus près son invasion. Nous ajouterons que plus on tourmentera les animaux pour leur faire vaincre soit la difficulté qu'ils éprouvent à reculer, soit l'impossibilité où ils se trouvent de le faire, et plus on aggravera le mal, parce qu'alors on les estrapassera; on aigrira de plus en plus leur caractère, et l'on augmentera l'état de tension des nerfs, par le sentiment de la crainte qu'on leur imprimera.

En nous livrant aux espérances que nous venons de faire concevoir sur la possibilité de guérir l'immobilité, il nous paraît d'autant plus instant de commencer de nouvelles épreuves, que la maladie a toujours l'issue la plus funeste lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, ou, ce qui est plus ordinaire, lorsqu'elle est traitée sans principes. La stupeur et les autres symptômes augmentent, le marasme survient, et la paralysie conduit l'animal à la mort, laquelle est quelquefois précédée de convulsions. D'autres fois le farcin ou la morve vient compliquer l'affection et en aggraver le danger. Les éruptions prolongent la vie du malade; mais s'il survient une diarrhée colliquative, l'époque de la mort est plus rapprochée.

Quand l'immobilité est symptomatique, et que les viscères de la poitrine et du bas-ventre portent des lésions très-considérables et très-anciennes, presque toujours la décomposition de ces viscères précède l'extinction des fonctions du cerveau, et ôte par conséquent tout espoir de guérison.

Les jeunes chevaux sont les plus sujets à l'immobilité, surtout ceux d'un tempérament très-excitable, d'un caractère ardent, fougueux et colérique, d'une susceptibilité vive aux mauvais traitemens, comme aussi ceux qui sont très-craintifs et qui se troublent quand on les châtie. Toutefois les chevaux formés, les chevaux soumis à des travaux pénibles, à des courses véhémentes et de longue haleine, n'en sont pas pour cela exempts. Elle frappe en général de préférence les sujets qui, avant l'invasion de la maladie, avaient plutôt besoin d'un frein dont on n'a point fait usage, que de l'aiguillon dont on s'est indiscrètement servi. Chabert considère comme également prédisposés à l'immobilité, les chevaux mal construits, dont la croupe est avalée, qui sont haut montés sur jambes, dont

les jarrets et les boulets sont mal articulés, et qui pêchent en général par la débilité des membres, par la brièveté des côtes, le retroussement du flanc, la longueur et la voussure de l'épine dorsale.

La cause occasionelle de l'immobilité peut être la peur, dont même l'effet peut être tel que l'animal meure : c'est ce dont Lafosse a été témoin à une revue du roi en 1771. Guillaume a vu cette maladie survenir à la suite d'une longue course, l'animal ayant une large blessure sur la région dorsale. Dans quelques cas, elle a paru être l'effet de la pléthore, de la présence des vers intestinaux, d'une irritation prolongée de la membrane muqueuse des voies alimentaires. Lafosse l'a vue succéder à un effort de reins. Elle vient encore quelquefois à la suite d'une longue maladie de la classe des névroses; et parfois il arrive qu'elle succède, ainsi que la paralysie, à l'apoplexie. Outre ces diverses causes, l'immobilité peut aussi être déterminée par la suppression de l'action sécrétoire de la peau ou des membranes muqueuses, la délitescence des affections psoriques, l'insolation très-intense ou très-longue, des efforts continués au-dessus des forces des animaux, et tout ce qui peut déterminer un afflux plutôt permanent et répété que subit.

Quoique les effets purement sympathiques que nous saisissons dans l'immobilité paraissent dépendre d'une lésion des organes destinés aux mouvemens volontaires, comme ces organes n'ont d'action, de mobilité, que par l'influence qu'ils reçoivent des nerfs, c'est au centre du système nerveux, au cerveau, à ce moteur de toutes les facultés de la machine animale, comme au mésencéphale et au prolongement rachidien qui en émanent, qu'il faut remonter, pour découvrir la lésion essentielle, celle d'où dérivent les phénomènes sympathiques qui maintiennent l'action musculaire dans cette sorte d'érection permanente ou passagère qui suspend l'exercice des facultés propres à certains actes de la locomotion. Or, cette lésion essentielle, cause immédiate de la maladie, pourrait bien n'être, ainsi que nous l'avons établi, qu'une variété de l'irritation de la masse encéphalique, ou de quelqu'une des membranes qui l'accompagnent et l'enveloppent. Ce que nous avons exposé des ouvertures de cadavres peut donner quelque consistance à ce que nous avançons.

Nous l'avons vu, presque tous ceux qui ont traité de l'immobilité s'accordent à la déclarer au-dessus des ressources de l'art. Nous concevons qu'elle soit très-difficile à guérir, puisque les organes lésés sont renfermés dans des cavités où rien du dehors ne peut pénétrer, et qu'on ne peut agir qu'indirectement sur eux par les seuls moyens qu'on met en rapport avec la peau et les membranes muqueuses. Mais ce que nous ne

pouvons concevoir, c'est qu'on établisse avoir *constamment* réussi dans le traitement de l'immobilité essentielle, en employant des moyens qui nous paraissent aussi nuisibles au début de l'invasion, qu'ils peuvent devenir avantageux par la suite. On proscrit la nourriture verte et les saignées, même les petites et révulsives, et l'on ne veut, dans le régime, que des analeptiques et des excitans; d'accord s'il s'agit du second temps de la maladie, précisément celui qui offre le moins de ressources, le seul peut-être, à la vérité, pour lequel on soit appelé; car, il faut en convenir, ce n'est presque jamais dans le commencement des maladies des animaux que le vétérinaire est consulté, et cependant s'il peut quelque chose, ce n'est jamais que dans ce premier moment, si important à saisir. Mais s'il s'agit de la première période, à la vérité fort courte, de l'immobilité, l'herbe jeune et tendre et les petites émissions sanguines ne peuvent être que très-utiles, pourvu toutefois qu'on s'y prenne de bonne heure, et qu'on n'attende pas même à la fin du premier temps. Trop tard employés, ces moyens ont en effet les inconvéniens qu'on leur reproche, ceux d'accélérer, par l'affaiblissement qu'ils produisent, le développement des symptômes du deuxième temps; et ils deviennent plus funestes encore si l'on attend cette époque avancée pour les mettre en usage. Alors en effet les petites saignées, même révulsives, telles que celles pratiquées aux ars postérieurs, paraîtraient bien soulager pour l'instant, mais ce soulagement apparent ne serait que momentané, et le mal n'en ferait pas moins des progrès. C'est peut-être parce qu'on n'a pas eu assez d'égard à la distinction de deux périodes dans le cours de la maladie, qu'on a été aussi généralement malheureux jusqu'ici dans son traitement. Pour avancer dans l'art difficile de guérir, il faut bien se pénétrer de l'idée qu'il n'y a point de maladie sans un organe malade; tant qu'on ne fera qu'une médecine de symptômes, tant qu'on ne s'attachera pas spécialement à la lésion organique primitive dont les symptômes extérieurs ne sont que les phénomènes sympathiques, loin d'avancer, nous ne craignons pas de le dire, on rétrogradera, et cela durera tant qu'on sera enfin obligé d'en revenir à la seule considération essentielle de l'anatomie pathologique.

Pour obtenir la guérison de cette maladie du cerveau et du rachis que nous appelons immobilité, commençons, dès que l'affection elle-même commence, par modérer l'excitation de l'encéphale, du prolongement rachidien ou de leurs enveloppes, par des petites saignées de la jugulaire, ainsi qu'à la tête et le long du rachis, où l'on peut aussi employer les ventouses scarifiées. Un autre moyen qui, en ce cas, est peut-

être le plus efficace de tous, c'est l'emploi des bains d'eau tiède, dont on retirera tous les avantages possibles en y mettant beaucoup de constance, et en y assujétissant le malade aussi long-temps qu'il pourra les supporter pendant plusieurs heures de suite. Nous n'entendons pas qu'on doive plonger le cheval tout entier dans une baignoire, qu'on n'aurait même pas le temps de faire faire exprès, ce serait une absurdité; mais assurément on peut bien couvrir tout le corps de l'animal de couvertures de laine pliées en quatre ou six doubles et trempées dans l'eau chaude, et il n'est pas plus impossible d'en entretenir l'humidité et la température en les arrosant de temps à autre avec cette même eau chaude. On peut aussi, pour conserver la chaleur et s'opposer à l'évaporation, recouvrir cette espèce de coussin mouillé avec de la paille sèche à peine rompue, et pardessus tout placer une couverture sèche fixée à l'aide d'une sangle. L'on peut encore, pour concourir au même but, faire évaporer de l'eau sous le ventre, en retenant les vapeurs au moyen d'une grande couverture qui traîne de chaque côté jusqu'à terre. Après ces sortes de bains, qui doivent se répéter plusieurs fois le jour, il importe de tenir l'animal dans une température douce, sur une bonne litière, de le bien couvrir, et lorsqu'il se réfroidit, de le frotter et sécher avec la paille brisée, le bouchon, la brosse ou l'époussette. On doit employer partiellement les fomentations d'eau tiède sur le sommet de la tête et les muscles des lèvres, des paupières, du cou, etc., lorsqu'il y a tension ou douleur dans ces parties, et ensuite les mêmes frictions sèches, qui sont agréables à l'animal, et qui ont l'avantage d'exciter, de stimuler les expansions des nerfs répandues dans la peau. Quant aux expansions nerveuses des membranes muqueuses, on les stimule également, tant par des lavemens irritans, qui ont en outre l'avantage de remédier à la constipation en quelque sorte inhérente à cet état, que par des breuvages composés d'une infusion de plantes aromatiques, dans laquelle on ajoute un peu de camphre, si toutefois il est possible de la faire prendre au malade sans le tourmenter. Dans le cas contraire, et si les chevaux se défendent, se gendarment lorsqu'on veut leur faire lever la tête, comme il importe essentiellement de ne pas les contraindre, l'on se contente alors de leur faire prendre ces substances sous forme d'opiat, à l'aide d'une spatule de bois garnie de chiffons; l'on y ajoute si l'on veut l'huile empyreumatique, à cause de sa propriété antispasmodique, et l'on incorpore le tout avec le miel. L'opiat ou le breuvage administré, on injecte dans la bouche, par l'une des commissures des lèvres, des infusions aromatiques étendues dans l'eau blanche, et l'on tâche même d'en faire avaler à l'animal le plus possible, toujours avec l'ex-

32.

trême attention de ne pas le troubler ni tourmenter, car il ne faut pas perdre de vue que toute agitation, toute contrainte ne peut qu'aggraver le mal. C'est pourquoi il importe d'abandonner l'animal au repos, parfaitement libre dans l'écurie ou dans l'enceinte qu'on lui aura destinée, de ne point le surprendre ni l'étonner en aucune manière, et de le panser avec soin plusieurs fois par jour.

Le meilleur régime est, pour le premier temps de la maladie seulement, la nourriture verte, choisie et rationnée en quatre repas également espacés : à défaut de vert, il faut se contenter de donner de la bonne paille.

Ce mode de traitement inusité n'était pas tout à fait étranger à Chabert, le seul peut-être qui ait obtenu des succès. Pourquoi ne l'essayerait-on pas entièrement, puisque celui qui lui est opposé est constamment inefficace? Il nous semble qu'on n'a rien à risquer.

Chabert, d'ailleurs conséquent avec lui-même dans l'idée qu'il s'est formée que certains vices de construction prédisposent à l'immobilité, ne veut pas qu'on entreprenne le traitement des chevaux immobiles qui ont les jarrets droits ou trop coudés, affectés de courbes, d'éparvins, de jardons, etc., dont les boulets sont plus ou moins ruinés, les lombes exostosées; il les considère comme absolument incurables, et conseille même de les sacrifier.

La maladie étant arrivée à son second temps, elle est décidément chronique, et le traitement est tout à fait différent. Il doit tendre, par tous les moyens, à opérer des dérivations, à imprimer à toute l'économie des secousses propres à rappeler la sensibilité organique, à forcer les vaisseaux absorbans de repomper, s'il est possible, les fluides épanchés dans les cavités cérébrale et spinale. Les plus forts vésicatoires, à cause de leur action directe sur le système nerveux, ne sauraient donc être appliqués trop tôt aux parties latérales de l'encolure, après qu'on aura passé à chacune de ses faces trois sétons allant de la crinière à la jugulaire. Il faut de plus frictionner l'épine dorsale avec de l'essence de térébenthine, mais avec l'attention de faire ces frictions partiellement et d'employer peu d'essence à la fois, dans la crainte d'irriter trop subitement et trop violemment, et de susciter une réaction fébrile générale, l'expérience ayant prouvé que cette attention était indispensable pour prévenir ce malheur.

Mais s'il est essentiel d'être réservé dans l'emploi de ces frictions humides, il ne l'est pas moins d'en faire très-souvent de sèches, avec la brosse ou le bouchon de paille, sur toute la surface du corps. Outre ces moyens locaux, trop souvent impuissans, surtout quand l'immobilité est complète, et aux-

quels on pourrait ajouter l'essai de l'électricité, il faut avoir recours aux breuvages ou opiats et aux lavemens prescrits pour le premier temps de la maladie, en observant néanmoins de les rendre plus actifs et plus toniques, par des additions de protohydrochlorate de fer (sel de mars), de gomme ammoniaque, de sulfate de potasse (tartre vitriolé), etc. Après que la plus grande partie des symptômes sont dissipés, et surtout lorsque les exutoires ne fournissent plus, ou presque plus, de matière suppurée, c'est le moment de faire usage de quelques gros d'aloès, pour déterminer des évacuations par l'anus et accélérer la cure.

Le régime doit changer comme le traitement, et celui qui convient le mieux admet les alimens les plus sains, ceux qui, sous un petit volume, renferment le plus de sucs nourriciers; tels sont les warats, la bisaille, la dravière, la gerbée de froment, le sain-foin, la luzerne, le foin provenant des prairies élevées et qui a été bien récolté, et l'avoine noire et pesante qui a perdu toute son eau de végétation avant d'être engrangée. On mêle ou on alterne ces foins et la paille en égale quantité, on en donne d'une espèce et de l'autre dix kilogrammes (vingt livres) par jour, et en outre deux picotins d'avoine bien vanée et dépouillée de toutes graines étrangères. Ces alimens doivent être distribués en quatre rations égales, et donnés en quatre fois, à égale distance l'une de l'autre. La meilleure boisson est la bonne eau pure ou blanchie, suivant que l'une ou l'autre plaît au malade. Le repas doit à peine durer deux heures, et ce temps écoulé, l'on doit ôter au cheval tout ce qu'il a devant lui, et nétoyer à fond l'auge et le ratelier.

Si l'immobilité était compliquée par la présence des vers dans le conduit intestinal, par la pléthore ou par quelqu'autre état pathologique, il faudrait diriger les moyens de traitement contre la maladie idiopathique dont l'immobilité ne serait alors qu'un symptôme, et, dans la supposition d'affection vermineuse par exemple, ajouter l'huile empyreumatique aux autres agens thérapeutiques.

IMPÉRATOIRE, s. f., *imperatoria;* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères : calice entier, peu apparent ; cinq pétales échancrés, courbés et presqu'égaux ; deux semences ovales, bordées d'une aile membraneuse, marquées de deux lignes brunâtres en dedans, et munies sur le dos de trois petites côtes.

L'impératoire, *imperatoria ostruthium*, croît spontanément dans les lieux ombragés des parties montagneuses de l'Europe australe. Toutes ses parties, mais spécialement les graines et les racines, ont une odeur forte et aromatique. Ces dernières

ont une saveur âcre et très-piquante, due à la présence d'un suc propre, de couleur blanche, qui est de nature résineuse, comme celui des autres ombellifères aromatiques. On peut juger d'après cela que l'impératoire est excitante, et c'est même, après l'angélique, celle des ombellifères indigènes qui possède cette propriété à un plus haut degré. Elle a été administrée, avec succès, dit-on, dans les fièvres intermittentes et les catarrhes chroniques; mais on ne s'en sert plus aujourd'hui, même en médecine vétérinaire, où elle a joui pendant longtemps d'une certaine vogue.

IMPERFORATION, s. f., *imperforatio*, *atresia*; vice de conformation, acquis ou congénial, qui consiste dans l'occlusion d'organes destinés par la nature à être ouverts, tels que l'*anus*, le *conduit auditif*, les *fosses nasales*, l'*iris*, les *lèvres* de la *bouche* et de la *vulve*, le *prépuce*, l'*urètre* et le *vagin*. On le désigne aussi quelquefois sous le nom d'*atrésie*.

IMPETIGINEUX, adj., *impetiginosus*. On s'est successivement servi de ce mot, qui n'est plus guère en usage, pour désigner les éruptions croûteuses, sèches et fixes, les exanthèmes serpigineux, la lèpre crustacée, et enfin tous les exanthèmes chroniques en général.

IMPORTATION, s. f., *importatio*. Se dit du transport de la cause occulte d'une maladie contagieuse, ou dite infectieuse, ou du transport de cette maladie elle-même, d'un pays dans un autre, par terre ou par eau. Un homme affecté de la gale part d'un port ou d'une ville, traverse la mer ou une certaine étendue de terrain, arrive dans une autre contrée plus ou moins éloignée où la gale ne règne point, se trouve en contact avec les habitans et leur communique cette maladie, quelles que soient les conditions atmosphériques et locales : voilà un exemple irrécusable de l'importation d'une maladie contagieuse. Toute maladie réellement telle est susceptible d'être ainsi importée. Au lieu d'un galeux, supposons que l'on envoie au loin ses vêtemens sans les soumettre à aucun des moyens employés en pareil cas, et que ces habits soient revêtus par un habitant de la contrée où ils parviennent, celui-ci contractera la gale; on ignore si un temps plus ou moins long écoulé entre le départ et l'arrivée suffirait pour leur ôter la propriété de développer la gale chez un sujet sain. Quoi qu'il en soit, la gale peut être importée par un homme ou par des effets qui ont été en contact avec sa peau, mais non pas indistinctement par tous les objets qu'il a pu toucher.

Le typhus se montre-t-il dans un hôpital encombré, évacue-t-on une partie des malades qui en sont atteints sur les hôpitaux de la même ville ou des villes voisines, et ainsi de suite de proche en proche; si les sujets restent long-temps en route,

ils se rétablissent ou périssent dans le trajet ; s'ils arrivent en grand nombre à leur destination, qu'on les loge dans un local peu spacieux, et qu'on mette, au milieu, des blessés ou d'autres malades autrement affectés, ces blessés, ces malades contractent le typhus ; les personnes bien portantes qui leur donnent des soins contractent le typhus, soit qu'elles touchent, soit qu'elles ne touchent pas les malades ni leurs effets. C'est ainsi que des pharmaciens, des employés, et même des officiers généraux qui ne paraissent qu'un instant au milieu des salles où règne le typhus, contractent cette redoutable maladie.

Le typhus est donc susceptible d'être importé par des malades, de village en village, d'hôpital en hôpital. Si l'on prétendait qu'il y a sans cesse reproduction de la maladie à la faveur d'un nouvel encombrement, et non translation de la maladie, nous répondrions qu'il faut bien croire au moins que cette reproduction s'effectue d'autant mieux que, parmi les malades entassés, il y en a qui ont déjà le typhus, et cette circonstance nous porte à croire qu'il y a réellement importation, lors même qu'il y a reproduction, chaque fois que la reproduction a lieu dans un hôpital ou dans un village immédiatement après l'arrivée de malades atteints du typhus. Lorsqu'un hôpital, même bien tenu, bien aéré, ne contient que de tels malades récemment arrivés et non encombrés, la transmission a lieu, au moins pendant les premiers instans, aux personnes du pays qui se trouvent en rapport avec les malades, par conséquent il y a véritablement importation. Seulement les résultats de cette importation sont désastreux ou presque nuls, selon que l'on ne prend pas ou que l'on prend des précautions contre l'encombrement.

Le typhus est donc importable au moyen des malades par terre, il peut par conséquent l'être par mer. Les faits viennent en grand nombre à l'appui de ces deux propositions. Est-il, dans l'un et dans l'autre cas, importable par les effets seulement? Tout le monde connaît le fait rapporté par Pringle de ces ouvriers qui tombèrent malades du typhus pour avoir raccommodé de vieilles tentes dont on s'était servi pour couvrir des hommes affectés de cette maladie, pendant une longue traversée sur un fleuve. Ce fait est concluant ; il serait assez difficile d'en citer un semblable et même un analogue. Il est vrai que, lorsqu'on met des blessés dans un hôpital où le typhus a régné, sans au préalable faire nétoyer avec soin tous les effets, le typhus se manifeste parmi eux, mais presque toujours alors il y a encombrement, et l'on pourrait attribuer cette nouvelle apparition de la maladie au renouvellement de sa cause ; cependant il faut dire que cette apparition du typhus est bien moins prompte à se manifester quand il y a seulement

encombrement sans séjour préalable de malades affectés de typhus dans le même local, sans nétoyage subséquent avant l'arrivée des blessés.

L'importation de la peste par terre, par mer, par les malades, par leurs effets, et même par les marchandises, est généralement admise comme une de ces vérités incontestables qu'on ne peut nier sans aveuglement. Nous ferons seulement remarquer que l'importation par les malades n'est guère susceptible de contradiction, et qu'on ne peut, à cet égard, admettre moins que pour le typhus; que l'importation par les effets des malades a de grandes probabilités, mais qu'elle est moins inattaquable que celle dont nous venons de parler; quant à l'importation par les marchandises, c'est un problème qui paraît avoir été résolu par la prudence plutôt que par l'observation.

Que dirons-nous maintenant de l'importation de la fièvre jaune? Que celle par les malades a eu lieu, mais qu'alors la maladie ne se transmet que quand les conditions atmosphériques et locales sont favorables; que l'importation par les effets des malades n'est nullement prouvée; que l'importation par les marchandises est encore plus problématique, bien que la prudence justifie les précautions prises contre elle.

Ajoutons ici que la fièvre jaune ne se propage guère par terre, qu'elle s'éloigne peu du littoral maritime, et qu'elle ne semble pénétrer dans les terres qu'à la faveur des grandes rivières.

L'importation par mer, soit du typhus, soit de la peste, soit de la fièvre jaune, mérite quelques considérations particulières, applicables à cette dernière plus encore peut-être qu'aux deux autres. Ce mode d'importation, surtout au moyen des malades, paraît être plus facile que celui d'importation par terre; quelque soin qu'on prenne de ventiler un bâtiment, c'est toujours un réceptacle d'air impur; or, s'il est vrai, comme nous le croyons, que le typhus, la peste et la fièvre jaune se propagent par l'intermède de l'air plutôt que par un contact immédiat, il en résulte qu'un vaisseau contenant des malades affectés de ces fléaux est plus susceptible de les importer qu'un voyageur, qu'une troupe, qu'une caravane arrivant par terre, et qui n'emportent pas, pour ainsi dire, avec eux une atmosphère particulière, comme le font les habitans d'un navire. L'importation au moyen des effets des malades serait donc plus facile également par mer que par terre, et peut-être certaines marchandises enfermées dans un vaisseau sont-elles susceptibles de se charger des miasmes qu'elles ne sauraient contracter dans toute autre localité.

Mais il est un moyen d'importation ou plutôt de reproduc-

tion qui mérite beaucoup d'attention de la part des autorités, c'est la décomposition putride des substances embarquées dans un navire. Leurs émanations sont beaucoup plus à craindre que les miasmes, dont il n'est pas du tout démontré qu'elles puissent se charger. C'est contre ces émanations qu'il importe surtout de se prémunir; car, dans un pays où se retrouvent les conditions favorables au développement de la fièvre jaune et probablement de la peste, elles sont susceptibles d'y donner lieu, de concert avec ces conditions et avec les miasmes que dégagent les malades, dont le nombre se multiplie rapidement.

Ces considérations autorisent à prendre des mesures sanitaires contre les vaisseaux et les voyageurs provenant des pays lointains, surtout de ceux où règnent des maladies telles que celles auxquelles on donne les noms de peste, typhus et fièvre jaune. Cependant, si les précautions doivent être grandes pour les malades qui arrivent par mer ou par terre, s'il importe de les disperser dans un lieu bien aéré et salubre sous tous les rapports, de restreindre leurs communications avec les habitans autant que l'humanité le permet et aussi long-temps qu'ils ne sont pas complétement rétablis, il serait inhumain de les entasser dans d'étroits lazarets. Quant à leurs effets, ils doivent être désinfectés avec soin; on peut étendre cette mesure de précaution aux marchandises et aux effets des arrivans bien portans; mais il serait absurde de retenir ceux-ci plus long-temps qu'il n'est nécessaire pour le sérénage de leurs vêtemens, puisqu'il n'est pas possible qu'après cette précaution ils importent la maladie. Tout au plus est-il nécessaire d'exiger qu'ils indiquent leur demeure à l'autorité, afin que, dans le cas où ils tomberaient malades après leur débarquement, on pût faire observer le caractère de leur maladie, et les ramener non pas au lazaret, mais dans une maison d'expectation *ad hoc*, en cas d'apparition de symptômes annonçant celle qu'on redoute.

Tels sont les principes de la conduite à tenir contre l'importation. Nous ne pensons pas que, d'ici à long-temps, l'on puisse s'en écarter; mais si quelque part on va au-delà des mesures qui viennent d'être indiquées, il est temps que l'on revienne à ce que prescrivent l'observation et la logique, sans lesquelles la prudence peut dégénérer en pusillanimité, et conduire à des maux plus grands que ceux qu'on désire éviter. Il est surtout à désirer que l'on ne prenne point de précautions contre l'importation dans les contrées où, lors même qu'elle aurait lieu, la propagation ne pourrait pas s'effectuer, les conditions atmosphériques et locales n'étant nullement favorables. *Voyez* CONTAGION, DÉSINFECTION, INFECTION, LAZARET, TRANSMISSION.

IMPOTENT, adj.; épithète par laquelle on désigne tout individu qu'un vice de conformation, ou une maladie accidentelle, comme une paralysie, une atrophie, une fracture ou une luxation mal réduite, a privé de l'usage d'un ou de plusieurs de ses membres.

IMPRÉGNATION, s. f., *impregnatio*. Ce mot est synonyme de fécondation, et on ne l'emploie ordinairement que pour désigner l'acte par lequel la femme conçoit dans l'union sexuelle. Mais quelques écrivains, qui croient sans doute que chacun peut déterminer à son gré le sens des mots d'une langue, ont cru pouvoir désigner par là tout changement opéré dans l'une des parties du corps, ou dans tout l'organisme, par l'absorption d'un fluide étranger, ou seulement par l'impression que produit ce corps. Cette interprétation doit être rejetée, non pas parce qu'elle est mauvaise, mais seulement parce qu'elle n'est pas consacrée par l'usage.

IMPRESSION, s. f., *impressio*. Ce mot a plusieurs acceptions différentes. Au sens propre, il désigne l'effet de l'action d'un corps sur un autre; alors il est synonyme d'*empreinte*: c'est ainsi que les anatomistes donnent le nom d'*impressions digitales*, aux excavations oblongues et peu profondes que le crâne présente à sa face interne. Au sens figuré, il exprime les mouvemens intérieurs qu'une cause quelconque, extérieure à un corps vivant, peut déterminer dans ce corps, et, par extension, les opinions qui se gravent dans notre esprit, à la suite de certaines actions auxquelles notre organe cérébral s'est trouvé sollicité.

IMPUBÈRE, s. m., *impuber*; nom donné aux individus des deux sexes qui n'ont point atteint l'âge de la puberté. *Voyez* ce mot.

IMPUISSANCE, s. f., *impotentia*; impossibilité permanente ou passagère d'exercer l'acte vénérien. L'*impuissance* diffère de la *stérilité*, en ce qu'il est possible d'être apte à exercer le coït, sans cependant l'être à la fécondation, de sorte qu'on ne peut point être impuissant sans être en même temps stérile, tandis que l'impuissance n'accompagne pas nécessairement la stérilité.

Il s'en faut de beaucoup cependant que le mot soit toujours pris dans une acception aussi rigoureuse; car, en médecine légale par exemple, on a posé en principe général que l'impuissance se caractérise bien moins par l'impossibilité d'exercer le coït avec la régularité ordinaire, que par celle d'opérer la fécondation; aussi les médecins-légistes conviennent-ils tous que, quoique la verge ou l'espèce de verge ne puisse pas pénétrer dans le vagin, si elle suffit pour exciter chez la femme le degré d'éréthisme nécessaire à la fécondation, et s'il y a en

outre possibilité que la liqueur spermatique parvienne à l'entrée du vagin, l'impuissance virile ne saurait être admise.

L'homme est bien plus sujet à l'impuissance que la femme, parce que la conformation des organes génitaux de cette dernière lui permet presque toujours de se livrer, au moins d'une manière passive, aux caresses de l'homme.

Les causes de l'impuissance peuvent être divisées en externes ou apparentes, et internes ou morales.

On compte, parmi les premières, chez l'homme, les suivantes :

1°. L'absence congéniale ou accidentelle de la verge, quand le défaut de cet organe est tellement absolu que les corps caverneux ne font plus une saillie suffisante pour permettre la moindre introduction dans les parties sexuelles les plus extérieures même de la femme ;

2°. Certaines difformités de la verge, telles que son obliquité, sa tortuosité, sa bifurcation, ou ses dimensions excessives. Cette cause n'est jamais que relative. Il faut avoir égard, dans le premier cas, à l'écartement de l'angle formé par la bifurcation; car, si l'angle n'est pas tel que les extrémités des verges, ou du moins l'une d'elles, ne puissent se présenter au vagin, sous quelque position que ce soit du corps de l'homme, ou de la femme seulement, ou des deux à la fois, l'impuissance n'est pas non plus indubitable; l'état et surtout l'ampleur du vagin de la femme doit aussi être pris en considération. Dans le second, on considère le rapport qui existe entre les dimensions des organes de l'homme et de la femme. Mais, quoique Fodéré pense que les dimensions démesurées de la verge doivent être admises comme motif d'impuissance, eu égard aux inconvéniens physiques et moraux qui peuvent résulter de cette disposition, son opinion n'a pas été adoptée, d'un côté, parce que les dimensions appelées excessives ne le sont jamais que relativement à tel ou tel individu donné, la grosseur de la verge qui excite de la douleur chez certaines femmes, procurant à d'autres des sensations voluptueuses; d'un autre côté, parce que la dilatabilité du vagin est telle que des efforts lents et gradués finissent toujours par le mettre en état de recevoir le pénis; enfin parce qu'à l'égard de la longueur démesurée du membre viril, si elle expose la femme à des contusions dangereuses du col de la matrice, certaines précautions faciles remédient à ce luxe de la nature, et en diminuent les inconvéniens. Quant à l'imperforation ou à la perforation irrégulière de la verge, nous avons dit ailleurs ce qu'on doit en penser sous le rapport de l'impuissance, au nombre des causes de laquelle plusieurs écrivains l'ont rangée. *Voyez* HYPOSPADIAS.

3°. L'absence des testicules. C'est à tort qu'on a rangé cet

état parmi les causes de l'impuissance, puisqu'il n'exclut pas la faculté d'entrer en érection; mais c'est une cause absolue de stérilité, par conséquent d'interdiction du mariage. D'ailleurs, il faut que l'absence soit complète, et on ne peut alors la constater que quand elle résulte d'une opération ou d'un accident. Hors ce cas il n'y a que doute et incertitude, l'absence des testicules dans le scrotum n'indiquant pas toujours que ces organes n'existent point, puisqu'on sait qu'ils ne descendent dans les bourses qu'à un certain âge, et que, chez certains individus, ils restent cachés dans l'abdomen, à une plus ou moins grande distance de l'anneau inguinal. Une question assez oiseuse s'est élevée à ce sujet. On a demandé si un homme peut engendrer quelque temps après avoir perdu les testicules. La chose n'est pas douteuse, si l'individu pouvait se livrer à l'acte vénérien aussitôt après avoir été mutilé, car le sperme contenu alors dans les vésicules séminales est certainement prolifique; mais on ne conçoit pas qu'un homme songe aux plaisirs de l'amour quand il vient de subir une pareille mutilation, et, lorsqu'il est guéri, la petite quantité de sperme qui se trouvait dans les vésicules a été en partie absorbée, en partie dénaturée par le fluide que sécrètent sans cesse les parois de cet organe.

4°. Les hernies irréductibles et l'hydrocèle, lorsqu'elles sont assez volumineuses pour effacer entièrement la verge, et rendre le coït impraticable, dans quelque position que ce soit du corps de l'homme ou de la femme.

Indépendamment de ces causes, il en existe d'autres encore qui ne sont pas à la portée du toucher, et desquelles résulte une impuissance qui n'est pas caractérisée par des signes positifs, appréciables aux sens. Celles-là forment deux séries bien distinctes. A la première appartiennent tous les vices organiques des parties internes de la génération qu'on ne peut reconnaître qu'à l'ouverture du corps, comme l'engorgement de la prostate, celui du verumontanum, qui obstrue ou dévie l'orifice des conduits éjaculateurs, et autres du même genre. La seconde comprend tout ce qui détermine un état général ou local de faiblesse, l'âge, certaines constitutions, l'abus prématuré des plaisirs de l'amour ou de la masturbation, la contention habituelle de l'esprit, l'état de maladie ou de convalescence, l'irritation violente de quelqu'organe important, celle de l'estomac par exemple, dans l'ivresse, ou à la suite d'un excès de table, la plupart des maladies mentales, etc. Toutes ces causes ne présentent qu'obscurité et incertitude.

Les causes apparentes de l'impuissance chez la femme sont :

1°. L'absence du vagin, dont on connaît un assez grand nombre d'exemples.

2°. L'oblitération congéniale ou acquise de ce canal, lorsqu'il n'est pas possible d'y porter remède en invoquant les secours de la chirurgie. Encore même faut-il apporter une grande circonspection en pareille occurrence, puisqu'on cite des cas dans lesquels la fécondation a eu lieu, parce qu'il existait une communication entre le rectum et l'orifice de la matrice.

3°. Le resserrement excessif du vagin. Cet état peut dépendre de plusieurs causes différentes qui en font varier le degré d'importance, telles qu'une dépression considérable des pubis s'opposant à l'acte générateur, une hypersarcose, une continuité naturelle de substance, sans aucun vide dans l'épaisseur du canal, ou des affections inflammatoires qui ont laissé des suites indestructibles. Cependant il a existé des femmes, qui, bien qu'ayant le vagin tellement étroit qu'on pouvait à peine y introduire une plume à écrire, n'en sont pas moins devenues enceintes, et sont même accouchées heureusement.

4°. L'ampleur excessive du vagin, mais seulement quand elle résulte de la rupture du périnée et de la communication de la vulve avec l'anus, cette infirmité pouvant rendre la copulation impossible par le dégoût qu'elle inspire.

5°. La communication congéniale ou acquise du vagin avec le rectum ou avec la vessie, lorsqu'elle détermine des inflammations, des érosions, des ulcères et autres accidens qui portent obstacle à l'exécution du coït.

6°. Le renversement du vagin, lorsqu'il est au-dessus des ressources de l'art.

7°. Le cancer de la matrice.

Les principales causes morales de l'impuissance sont la haine, le dégoût, la crainte, la timidité, une ardeur excessive dans les désirs, divers écarts d'imagination, en un mot, toute passion fortement excitée, c'est-à-dire toute action cérébrale assez forte pour diminuer celle des organes génitaux, dont le coït exige au contraire l'exaltation. Mais ces causes, n'enchaînant que l'aptitude à la copulation, n'agissent par conséquent non plus que chez l'homme, puisque leur concours, même au plus haut degré d'intensité, n'exclut pas la fécondité chez la femme, comme on n'en a malheureusement que trop d'exemples. D'ailleurs elles ne peuvent rendre l'homme lui-même impuissant que durant un laps de temps plus ou moins long, et leur influence cesse aussitôt que l'organe de la pensée entre en repos, ou n'est plus agité par une surabondance intempestive d'activité. Le coït, pour être bien fait, dit Fodéré, veut la complaisance, la tranquillité, le silence et le secret : il est arrêté, comme par enchantement, par le bruit, la frayeur, la crainte, la publicité, la défiance en ses propres

forces, la jalousie, le mépris, la répugnance, la malpropreté, un amour trop respectueux, et tout ce qui peut allumer l'imagination.

Le traitement de l'impuissance consiste à faire cesser ou à corriger, quand on le peut, les vices de conformation, à réparer les forces lorsqu'elles sont diminuées, à régulariser les fonctions si elles sont troublées, et à ramener au repos les parties, le cerveau surtout, dont l'activité excessive enchaîne celle des organes générateurs. Si ces derniers sont plongés dans l'inertie par suite de l'abus qu'on en a fait, il reste peu de ressources; les prétendus aphrodisiaques externes et internes, l'électricité, la flagellation, l'urtication sont sans effet, ou n'en produisent qu'un précaire et momentané; un changement total de régime et de genre de vie peut seul donner quelqu'espérance éloignée de réveiller les sens en ranimant l'économie toute entière. Eviter les excès, apaiser l'imagination et régulariser les fonctions digestives, c'est-à-dire traiter l'état morbide du cerveau et de l'estomac, dont l'impuissance est si souvent le résultat; telle est l'unique méthode sur laquelle on puisse fonder quelqu'espoir légitime de succès, pourvu toutefois qu'on n'y ait pas recours trop tard, et lorsqu'il ne reste plus aucune ressource.

Depuis l'abolition de l'épreuve immorale et ridicule du congrès, la question de l'impuissance a perdu presque toute son importance en médecine légale. La législation qui nous régit ne contient aucune disposition expresse qui y soit relative. Cependant quelques médecins, Fodéré et Marc, et quelques jurisconsultes, Delvincourt et Merlin, pensent qu'il ne serait pas impossible qu'une cause de cette nature vînt à être accueillie par les tribunaux, 1°. parce que le code civil ne renferme pas explicitement toutes les causes de nullité du mariage; 2°. parce que le même code exige qu'il y ait consentement pour qu'il y ait mariage, et qu'il ne peut pas y avoir consentement quand il y a erreur sur une qualité de cette nature; 3°. parce que le code civil ne permettant pas au mari de désavouer un enfant pour cause d'impuissance naturelle, rejeter les demandes en nullité de mariage pour cette cause, ce serait donner lieu à des plaintes fréquentes d'adultère, ou favoriser le libertinage; 4°. parce que le code civil ne permettant le désaveu de paternité que pour l'impuissance naturelle, l'approuve implicitement pour l'impuissance accidentelle, et qu'il se peut qu'un mari fonde l'action intentée en pareil cas contre sa femme sur l'impossibilité physique où il peut avoir été de cohabiter avec sa femme dans le temps qui s'est écoulé depuis le trois centième jusqu'au quatre-vingtième jour de la naissance de l'enfant; 5°, enfin, parce qu'un homme accusé de viol peut allé-

guer pour excuse l'impossibilité physique où il est d'avoir pu et de pouvoir consommer ce crime.

Or, à l'égard de tous ces cas possibles, Marc établit les principes généraux suivans, comme étant les règles d'après lesquelles doit se conduire le médecin consulté par les magistrats.

1°. Pour établir la réalité de l'impuissance, quel que soit le sexe, il faut constater s'il existe des causes *physiques* assez appréciables pour pouvoir être *rigoureusement* déterminées, et qui excluent la faculté d'exercer un coït fécondant;

2°. Ces causes, pour impliquer l'impuissance absolue, doivent être permanentes, et telles que l'art ne puisse y remédier;

3°. L'aptitude à l'exercice du coït proprement dit implique l'impuissance de l'individu chez lequel on découvre des conditions physiques qui rendent cet acte nécessairement stérile;

4°. Les causes morales de l'impuissance ne doivent être prises en considération qu'autant qu'elles peuvent servir d'excuse à l'individu accusé d'impuissance;

5°. Ces deux principes doivent être appliqués dans leur rapport avec l'espèce. Ainsi, s'il s'agissait d'un désaveu de paternité pour cause d'impuissance accidentelle, il faudrait, dans le cas où la cause de cette impuissance n'existerait plus, établir si elle a existé à l'époque prétendue du coït, et la réalité devrait être prouvée par des documens des gens de l'art.

INANITION, s. f., *inanitio*, état d'une personne privée d'alimens, dont elle éprouve le besoin. *Voyez* ABSTINENCE. Sous le nom d'*inanition des vaisseaux*, Lieutaud a décrit l'*anémie*, non pas celle des mineurs, mais celle qui est le résultat d'une alimentation incomplète et de grandes fatigues.

INAPPETENCE, s. f., *inappetentia*; défaut d'appétit. Ce mot devrait être préféré à celui d'anorexie, que les médecins se plaisent à répéter parce qu'il dérive du grec.

INCARNATIF, adj. et s. m., *incarnativus*. Les chirurgiens appellent ainsi les bandages, sutures et médicamens qui favorisent, ou du moins passent pour favoriser la cicatrisation des plaies. Cette dénomination est fondée sur la théorie d'après laquelle les anciens supposaient que les chairs renaissent dans les plaies avec perte de substance, et qu'on peut hâter leur régénération par l'emploi de moyens mécaniques, ou l'application de certains topiques. La théorie de l'incarnation étant reconnue erronée, depuis que Fabre a démontré que, dans les plaies en question, il ne s'opère pas de régénération des parties molles pour réparer, en quelque sorte, les substances détruites, mais que les parties environnantes s'affaissent et se mettent de niveau avec la solution de continuité, les prétendus remèdes incarnatifs sont maintenant bannis de la pratique chi-

rurgicale, et le mot lui-même ne se retrouve plus dans aucun traité moderne.

INCÉRATION, s. f., *inceratio ;* incorporation de la cire avec une substance colorée ou autre; réduction de certaines poudres mêlées avec des liquides en consistance de cire molle.

INCINÉRATION, s. f., *incineratio ;* opération qui consiste à brûler une substance végétale ou animale à l'air libre, pour la réduire en une masse de cendres, d'où l'on extrait ensuite les substances salines qui peuvent s'y trouver contenues.

INCISIF, adj. et s. m., *incisivus ;* qui coupe, qui tranche. A l'époque où l'humorisme régnait encore exclusivement dans les écoles, on donnait le nom d'*incisifs* aux médicamens qu'on supposait capables de diviser, d'inciser les molécules des humeurs, à l'épaississement, la coagulation ou l'obstruction desquelles on attribuait les maladies. Ce mot est banni aujourd'hui du langage médical.

Les quatre dents antérieures et moyennes de chaque mâchoire sont appelées incisives, parce qu'en agissant sur les matières alimentaires, elles les coupent à la manière des instrumens tranchans. Elles ont une couronne quadrilatère, comprimée d'avant en arrière, large et mince vers son bord libre, épaisse et rétrécie vers la racine, convexe et lisse en devant, concave et quelquefois garnie de sillons longitudinaux en arrière. Leur racine, toujours simple, est allongée, conique, pointue, et comprimée transversalement. Celles de la mâchoire inférieure sont plus grandes, plus fortes, plus épaisses et plus larges que celles de l'inférieure; elles ont leur bord libre taillé en biseau aux dépens de la face postérieure, tandis que le contraire a lieu pour celles-ci, qu'elles recouvrent, en partie du moins, chez la plupart des sujets.

INCISION, s. f., *incisio;* solution de continuité faite aux parties molles par un instrument tranchant. Les incisions constituent en quelque sorte la base de la médecine opératoire; elles servent à pratiquer la plupart des opérations chirurgicales; et quoiqu'on puisse les exécuter à l'aide de tous les instrumens tranchans, tels que les couteaux, les scalpels, les ciseaux, les lancettes, les bistouris, il ne sera ici question que de celles pour lesquelles on fait usage de ces derniers : ce sont les plus communes et les plus importantes. Elles se font en général, ou en appuyant le tranchant de l'instrument sur les tissus, c'est-à-dire en les divisant de dehors en dedans, ou en introduisant d'abord la pointe du bistouri et soulevant les parties avec son tranchant tourné en haut, pour les couper de dedans en dehors.

Chacun de ces deux genres d'incisions est susceptible d'être

exécuté de quatre manières différentes, suivant que l'instrument est porté de gauche à droite, de droite à gauche, vers l'opérateur, ou en s'éloignant de lui. Il faut varier dans chacun de ces cas et la manière de tenir le bistouri, et celle de tendre les parties que l'on se propose de diviser.

Veut-on inciser les tégumens de dehors en dedans et de gauche à droite, on doit appuyer le bord cubital de la main gauche sur les parties, et les tendre, en les tirant, de manière à ce que le bistouri ne les entraîne pas avec lui. Le pouce de cette main d'un côté, et les trois derniers doigts de l'autre, sont ensuite écartés, et, appuyant sur la peau, lui font éprouver une tension transversale qui favorise sa division. Le bistouri doit être saisi ensuite de la main droite, de telle sorte que le pouce et le médius, placés à la même hauteur, correspondent à l'union de la lame avec le manche. Couché vers la paume de la main, celui-ci est maintenu immobile avec les deux derniers doigts, en même temps que l'indicateur, étendu sur le dos de la lame, augmente la force avec laquelle on tient l'instrument, et en rend l'action plus assurée. La pointe du bistouri doit être alors présentée aux parties dans une direction perpendiculaire à leur surface, et enfoncée autant qu'on le juge nécessaire, pour diviser d'un seul coup, s'il est possible, toute l'épaisseur des tissus que l'on veut couper. Après ce premier temps de l'opération, on incline le tranchant vers les tégumens, avec lesquels on lui fait faire un angle d'environ trente degrés, et on le tire jusqu'à l'endroit où doit finir la solution de continuité. En achevant celle-ci, il faut relever l'instrument et le ramener à la perpendiculaire, afin d'éviter de diviser les parties extérieures plus loin que les autres.

Pour inciser vers soi, le bistouri doit être tenu de la même manière; la main gauche seule change de situation, et tend les parties en les éloignant de l'opérateur, dont l'instrument se rapproche à mesure que la division s'opère.

Se propose-t-on de faire l'incision de droite à gauche, ou en s'écartant de soi? il faut appliquer la main gauche à plat sur la partie, son bord cubital correspondant à l'incision, et tirer les tissus dans un sens opposé à la direction que doit suivre le bistouri. Le chirurgien saisit ensuite ce dernier avec la main droite, en plaçant le doigt indicateur et le pouce, de chaque côté, sur le clou qui unit la lame au manche de l'instrument. La première de ces parties, tournée vers la paume de la main, et présentant son tranchant aux tissus, est fixée par le médius et par l'annulaire, appliqués sur celle des faces qui leur correspondent. Dans cette situation, le bistouri, après avoir été perpendiculairement enfoncé dans les tégumens, est incliné sur eux, et s'éloignant de la main qui les fixe, il fait

une division, à la fin de laquelle on le redresse de nouveau, comme dans le cas précédent.

Il est facile de voir que cette manière d'inciser est gênante pour le chirurgien, et qu'elle ne permet pas d'assujétir aussi bien le bistouri et de le diriger avec autant de précision que quand on coupe de gauche à droite ou vers soi. Le bord cubital de la main gauche ne peut tendre les tégumens que dans un seul sens, et rien ne les écartant d'un côté à l'autre, leurs molécules sont plus rapprochées et leur division s'opère avec plus de difficulté et en occasionant plus de douleur au malade. Enfin, en coupant devant soi, la main et l'instrument couvrent en partie le trajet de l'incision, et rendent l'opération moins sûre. Aussi doit-on, en général, ne faire les divisions de dehors en dedans que de gauche à droite, ou vers soi; l'incision en s'éloignant de soi doit être évitée, et quand on est contraint de couper de droite à gauche, il faut changer le bistouri de main, et employer la main droite à tendre les parties.

Les incisions de dedans en dehors exigent que l'on couche d'abord la main gauche à plat sur les tégumens, afin de les fixer et de les tendre en les portant dans un sens opposé à celui de la solution de continuité que l'on veut faire. S'agit-il de diviser ainsi les tissus contre soi ou de gauche à droite, le bord radial de cette main doit correspondre à la partie que l'on incise; il faut que son bord cubital au contraire soit tourné vers la division lorsque l'on dirige celle-ci à gauche ou en s'éloignant du chirurgien. Dans les deux premiers de ces quatre procédés, le bistouri doit être tenu comme une plume à écrire, le pouce appuyé sur le clou qui unit le manche à la lame, l'indicateur et le médius placés du côté opposé, le tranchant tourné en haut, la lame inclinée vers la paume de la main, et celle-ci renversée dans le sens de l'incision, afin de présenter la pointe de l'instrument aux parties. Dans les deux autres manières d'inciser de dedans en dehors, il convient de saisir le bistouri à peu près comme pour couper de dehors en dedans et de gauche à droite, à l'exception, toutefois, que le dos de la lame doit être incliné vers les tissus, et que sa pointe est enfoncée dans leur profondeur, le tranchant tourné en haut. Comme pour les incisions précédentes, il faut dans celle-ci présenter d'abord l'instrument suivant une direction perpendiculaire à la surface des parties, et le redresser ensuite en finissant la solution de continuité. Il est à remarquer que, pendant toute l'opération, la pointe de l'instrument marche la première, et que glissant sous les tissus, elle les soulève et les tend avant que le tranchant ne les divise. Ce mécanisme supplée à l'écartement transversal que l'on ne peut leur

donner avec la main gauche. L'angle que fait le bistouri avec les parties qu'il incise doit être d'autant plus ouvert que la plaie est destinée à présenter plus de profondeur, et il faut apporter une grande attention, en dirigeant la lame, à ce qu'elle ne pénètre pas trop loin, ou à ce que sa pointe ne sorte pas prématurément, et ne laisse pas l'incision imparfaite. Au reste, les quatre directions suivant lesquelles on peut diviser les tissus de dedans en dehors, sont également faciles à suivre, et l'on n'a d'autres motifs de préférer les unes aux autres que la situation de la maladie et la disposition spéciale des tissus affectés.

Les incisions de dedans en dehors conviennent à tous les cas où il s'agit d'ouvrir des abcès dont les parois s'affaisseraient sous l'instrument, si le bistouri ne les soutenait pas lui-même jusqu'au terme de la solution de continuité. On préfère au contraire les sections opérées de dehors en dedans toutes les fois que l'on veut pénétrer à de grandes profondeurs, ou découvrir des parties importantes, qu'il serait dangereux de blesser. Dans les opérations de la hernie, par exemple, on peut tendre la peau sur la tumeur et la diviser avec un bistouri convexe dont on fait agir la lame de la base vers la pointe. De cette manière on évite la ponction par laquelle commencent les incisions précédemment décrites, et le tranchant ne divisant à la fois qu'une faible épaisseur de parties, il ne cesse presque pas d'être sous les yeux du chirurgien. Des précautions plus grandes encore semblent-elles nécessaires, on fait à la peau un pli perpendiculaire à la direction que doit avoir la plaie; et tandis qu'une des extrémités de ce pli est confiée à un aide, le chirurgien saisit l'autre de la main gauche, puis le coupe d'un seul trait jusqu'à sa base.

Lorsque l'on veut découvrir sans le blesser un organe recouvert par une faible épaisseur de tissu cellulaire, des pinces à ligature servent à saisir de petites portions de ce tissu, que le bistouri, porté à plat et en dédolant, divise très-près des extrémités des branches qui les ont soulevées. Dans quelques cas, afin de donner plus de précisiou à l'action de l'instrument, on le tient exactement comme une plume à écrire, les deux derniers doigts de la main prennent un point d'appui sur les parties voisines, et rendent impossibles des déviations qui seraient dangereuses. Enfin, la lame du bistouri doit être quelquefois portée à plat sur les tissus. On la saisit alors entre le pouce et les trois doigts qui le suivent, tandis que l'auriculaire, appliqué sur la région voisine, sert d'appui à la main.

Sous le rapport de leur forme, les incisions ne sont pas moins variées que sous celui de leur direction. Ainsi, il en est de circulaires, d'elliptiques, de cruciales; d'autres ont la forme d'un T, ou d'un V, etc. La nature des parties sur lesquelles on opère et la disposition des tumeurs, des fongosités ou des autres

productions organiques dont on veut opérer l'extirpation, sont autant de circonstances qui font varier presque à l'infini la figure des solutions de continuité que pratique le chirurgien. En général, on doit préférer l'incision elliptique à celle qui est circulaire, parce qu'il est plus facile d'en rapprocher et d'en réunir les bords opposés. Par la même raison, les divisions en V ou en T sont plus favorables à une prompte cicatrisation que les plaies cruciales, dont les quatre lambeaux ne sont que difficilement maintenus rapprochés. On conçoit aisément de quelle manière il faut procéder pour couper circulairement les parties; l'incision elliptique exige plus de soin afin que ses deux côtés opposés soient parfaitement semblables; l'incision en V s'exécute en faisant partir deux incisions du même point, et en écartant plus ou moins leurs branches opposées. Enfin, l'incision cruciale se compose d'une solution de continuité simple, dont on fend chaque lèvre, soit en la tendant et la divisant à plat, de sa base vers son bord libre, soit en la soulevant et en traversant sa partie moyenne avec le bistouri, que l'on ramène vers la plaie principale, soit enfin en confiant à un aide une partie de cette lèvre, dont on saisit soi-même l'autre portion et en la coupant, perpendiculairement à la première incision, de son bord vers sa base. Ce second procédé, plus simple que l'autre, ne peut être exécuté que quand les tégumens sont libres de toute adhérence. Si l'on se contente de couper ainsi l'une des lèvres de la division, celle-ci prend la forme d'un T.

Mais les bistouris ont souvent besoin d'être guidés dans les parties, soit afin qu'ils ne s'éloignent pas de la route qu'ils doivent suivre, soit pour qu'ils ne touchent à aucun des organes qu'il importe de ménager. Dans quelques-uns de ces cas on supplée à l'action des conducteurs, en plaçant un bouton à l'extrémité de la lame. D'autres fois, le doigt indicateur reçoit en quelque sorte cette lame, couvre son extrémité, et sert à l'introduire ainsi dans les parties les plus profondes. Enfin, la sonde cannelée remplit le plus fréquemment cet usage. On la glisse à travers les ouvertures les plus étroites; sa plaque, reçue dans la paume de la main gauche, couchée en supination, y est fixée par le pouce, tandis que le doigt indicateur avancé sous la tige lui fait exécuter un mouvement de bascule et tendre les tissus en les soulevant. Alors, le bistouri tenu comme pour couper de dedans en dehors, est porté dans la cannelure et glissé jusqu'à l'endroit où l'incision doit finir. Les deux instrumens doivent être ensuite retirés ensemble afin que l'on puisse acquérir la certitude qu'aucune des parties qui devaient être divisées n'a échappé à l'action de la lame.

De quelque manière que l'on pratique les incisions, il ne faut pas oublier de faire agir les lames tranchantes plutôt en

sciant qu'en pressant, parce qu'alors les divisions sont plus faciles et moins douloureuses. Il convient de diviser les tissus avec d'autant plus de légèreté qu'ils sont moins denses et plus tendus. Les incisions doivent être faites, en général, suivant l'axe du corps ou des membres, afin d'éviter les vaisseaux, les nerfs, les tendons et même les fibres musculaires qui affectent ordinairement cette direction. Inciser avec célérité est une des conditions les plus importantes de la médecine opératoire. On abrège ainsi, ou plutôt on évite au malade une grande partie des douleurs. Dans quelques cas, le trait étant fini, et la lame de l'instrument se trouvant tirée jusqu'à sa pointe, on peut lui imprimer un mouvement rétrograde et faire une section nouvelle en la repoussant de son extrémité libre vers sa base. Le chirurgien accélère ainsi l'opération, et il épargne le temps qu'il mettrait à replacer l'instrument au commencement du trait. Les incisions faites avec la pointe des bistouris droits sont toujours mauvaises; elles ont lieu plutôt en égratignant qu'en divisant. Le précepte de ménager la peau le plus qu'il est possible est sans doute un des plus importans de la chirurgie; cependant, s'il ne faut pas multiplier les incisions sans nécessité, et si leur étendue doit être proportionnée à l'indication que l'on veut remplir, il vaut souvent mieux aussi diviser trop que trop peu, et l'inconvénient de faire une plaie étendue se trouve amplement compensé par la facilité et la sûreté avec laquelle on exécute le reste de l'opération. La ligature des artères anévrismatiques, la division des enveloppes des hernies, l'extirpation de certaines tumeurs squirreuses situées au voisinage d'organes importans, telles sont autant d'occasions dans lesquelles on peut apprécier les avantages qui résultent d'incisions cutanées largement faites.

Nous bornons ici ces considérations, il nous suffit d'avoir établi quelques règles générales concernant la pratique des incisions. Les applications spéciales que l'on peut faire de ces préceptes et les modifications qu'ils doivent subir suivant les cas particuliers, sont autant d'objets qui appartiennent à l'histoire des diverses opérations chirurgicales.

INCITABILITÉ, s. f., *incitabilitas;* propriété qui, selon Brown, fait que l'homme et les autres corps vivans sont susceptibles d'être affectés par les choses externes et par certaines actions qui leur sont propres, de manière à ce que leurs fonctions s'exécutent. On ne sait, dit-il, ce que c'est que l'incitabilité, ni comment elle est affectée par les puissances irritantes, c'est-à-dire par les choses externes et les actions dont il vient d'être fait mention; mais quelle que soit cette propriété, l'être qui commence à vivre en est pourvu à un certain degré; son énergie ou sa quantité varie dans les divers individus; elle varie

encore dans le même sujet. Brown ne prétend nullement décider si l'incitabilité est une matière, qui tantôt augmente et tantôt diminue, ou bien si c'est une faculté inhérente à la matière, et qui tantôt s'exalte et tantôt languit. Par suite de l'ignorance où nous sommes sur la nature de l'irritabilité, de la pauvreté du langage ordinaire et de la nouveauté de sa doctrine, il avertit qu'il serait obligé de recourir à des locutions telles que les suivantes : l'*incitabilité abonde, manque, est épuisée, consommée.*

Si l'on réfléchit profondément à ce que Brown entendait par irritabilité, l'on verra que, par ce mot, il désignait l'aptitude du corps à entrer en action sous l'influence des choses externes et sous celle du sang, des humeurs, des contractions musculaires et de l'action du cerveau. C'est en rectifiant sa définition que nous sommes arrivés à donner de l'excitabilité une idée qui nous paraît conforme à celle qu'on doit se faire de la propriété la plus générale de la matière organique (*Voyez* EXCITABILITÉ), où nous examinerons ce qu'il y a de vrai dans l'idée que Brown se faisait de l'incitabilité, et en quoi son idée était sinon fausse, au moins incomplète et par là fautive, et funeste dans son application à la pathologie et à la thérapeutique. Mais disons par avance, et en l'honneur de cet homme célèbre, dont le caractère a calomnié le talent, qu'il aurait laissé peu de choses à faire s'il n'avait rendu son incitabilité une et indivisible.

INCITANT, adj., *incitans*. Sous le nom de *puissances incitantes*, Brown désignait d'une part les corps externes, tels que la chaleur, les alimens, les boissons, les assaisonnemens, l'air; et de l'autre, les contractions musculaires et l'action du cerveau dans la pensée et les passions. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il ajoutait aux choses externes le sang et les humeurs qui en sont tirées. Quant aux poisons et à la cause prochaine de la contagion, il hésitait à les placer parmi les puissances incitantes. On voit qu'au lieu d'avoir égard à l'action de chaque organe sur les autres, il n'admettait comme *puissance interne* que l'action cérébrale et l'action musculaire, ce qui se réduit au système nerveux. Dans toutes les puissances incitantes, il admettait une certaine activité, une impulsion, et il leur donnait le nom de *stimulans* (*Voyez* ce mot), les uns *agissant sur l'incitabilité*, et donnant lieu à une incitation générale, les autres *n'agissant que sur l'endroit* où on les applique, et ne produisant qu'un changement local. On voit de suite quelle faute énorme il a commise en admettant que l'irritabilité était modifiée primitivement quand l'irritation était générale, et en ne disant rien de l'état de cette propriété quand il n'y avait qu'un changement local; notons que pour l'état morbide

local il ne se servait plus du mot d'incitation; c'est à cet état morbide local, résultat d'un stimulant agissant localement, et non sur l'incitabilité, que les contre-stimulistes ont donné le nom d'*irritation* (*Voyez* ce mot). Remarquons encore que, dans son système, Brown n'admet aucune puissance *directement débilitante*, mais seulement des puissances *point assez stimulantes*. Il ne se prononçait pas sur la puissance des virus et des venins. Les contre-stimulistes se sont emparés du coin qu'il avait laissé dans l'obscurité, et y ont porté plusieurs des agens omis, que Brown considérait comme stimulans, causant l'incitation générale ou un changement local par stimulation. *Voyez* IRRITABILITÉ, IRRITANT, IRRITATION.

INCITATION, s. f., *incitatio;* action des puissances INCITANTES, exercice de l'INCITABILITÉ, dans le système de Brown.

INCONTINENCE, s. f., *incontinentia*. L'abus des plaisirs que peuvent procurer les organes génitaux est un sujet important de méditation pour le médecin comme pour le moraliste, mais le premier ne le considère que sous le point de vue des maladies qui en sont la suite, laissant au dernier à en fixer le degré de culpabilité. Si l'homme est évidemment destiné à propager son espèce, s'il s'expose à diverses maladies en s'abstenant rigoureusement de cette fonction, il compromet davantage sa santé et même son existence en s'y livrant avec trop d'ardeur. Ses organes génitaux ressentent d'abord l'influence des excès qu'il commet; trop fréquemment exercés, ils finissent par devenir impropres à la fonction pour laquelle ils sont conformés; le plus irritable de ses viscères devient le siége d'une inflammation lente, trop souvent incurable; son système nerveux participe à l'état d'irritation; le système musculaire s'affaiblit en proportion. Il n'en est pas ainsi chez tous les sujets; quelques-uns n'éprouvent aucun inconvénient de la répétition journalière et multipliée des plaisirs vénériens; plusieurs n'en ressentent que très-tard les inconvéniens; mais ces cas d'immunité sont si rares, qu'il y a de la témérité à espérer qu'on en fournira un exemple.

On doit distinguer, parmi les personnes qui abusent des plaisirs vénériens, celles qui sont douées d'une bonne constitution, dont tous les viscères jouissent d'une vitalité convenable, de celles dont le système nerveux, l'encéphale, la poitrine, le cœur, l'estomac ou l'utérus sont disposés, par une grande irritabilité, à des maladies plus ou moins graves. Nous ne parlons pas ici des sujets chez lesquels l'action vitale est primitivement languissante, car ceux-là ne font pas d'excès de ce genre. Ces gros hommes blafards, bouffis, à barbe rare ou blonde, à ventre volumineux, au tissu cellulaire surabondant et flasque, ne voient jamais leur santé troublée par l'abus des plaisirs vénériens; les femmes douées de la même consti-

tution, et qui ne font pas d'enfans, ne se livrent fréquemment au coït que par devoir ou par intérêt.

Il faut de grands excès pour que les plaisirs vénériens lèsent les viscères des jeunes gens doués d'une bonne constitution; lorsque ce fâcheux résultat a lieu, c'est presque toujours le poumon ou ses dépendances qui en sont affectés, et telle est la cause la plus fréquente de la phthisie pulmonaire chez les jeunes gens. Ceux qui ont une prédisposition à une maladie quelconque la voient se développer avec une rapidité qui présage une fin prématurée; ou bien elle se fortifie dans l'ombre et éclate tout à coup : c'est encore le poumon qui est le siége de la catastrophe dans le plus grand nombre des cas. Souvent l'encéphale trop irrité détermine des convulsions, l'épilepsie, des paralysies, et finit par devenir peu propre aux travaux de la pensée. Y a-t-il disposition à une hypertrophie du cœur, ce viscère ne peut que se détériorer promptement sous l'influence d'un acte qui le fait battre souvent avec violence, un grand nombre de fois, dans un petit espace de temps. Il n'est pas une seule irritation qui ne s'aggrave et ne précipite sa marche sous l'empire des plaisirs vénériens. Ces faits se rattachent à cette loi immuable de l'organisme, qui fait que toute stimulation vive d'un organe a pour résultat l'accroissement de toute irritation concomitante d'une autre partie. Or, est il une stimulation plus vive que celle des plaisirs vénériens; en est-il qui excite plus violemment le cerveau, et par suite tout le système nerveux? c'est peut-être l'exemple le plus frappant d'une sensation allant retentir dans tout l'organisme.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que tout sujet bien constitué ne doit user du coït qu'avec modération, afin de jouir long-temps du bonheur que procure une santé parfaite; et que tout sujet disposé, même légèrement, à une maladie grave, ne doit en user qu'avec la plus grande réserve, de loin en loin, et même dans beaucoup de cas il doit s'en abstenir tout à fait, achetant ainsi, par un sacrifice toujours pénible, la santé et souvent la vie. Dans l'état de maladie, même le plus léger, tout sujet bien ou mal constitué doit se priver tout à fait de ces plaisirs. Ils ont été cause de rechutes graves, et même de mort subite, chez plus d'un convalescent.

Ces inconvéniens sont communs à la femme et à l'homme; mais celui-ci les éprouve à un plus haut degré, plus vite, et chez lui ils sont moins susceptibles de guérison. Il n'est pas aisé de dire d'où vient cette différence; on a prétendu qu'elle s'expliquait par la circonstance que la femme n'émet pas une humeur comme le sperme; mais est-ce la perte de cette humeur qui cause tant de maux à l'homme? n'est-ce pas plutôt la violente stimulation qu'éprouvent tous ses organes, la dépense excessive d'action nerveuse qu'il fait dans les plaisirs

vénériens? Les femmes qui se livrent par goût à ces plaisirs avec autant d'ardeur que les hommes, et qu'il faut soigneusement distinguer de celles qui ne s'y livrent que par devoir conjugal ou par intérêt, éprouvent sinon les mêmes affections qu'eux, au moins une foule d'affections dites nerveuses, qui prouvent que chez elles l'encéphale souffre vivement de ces excès. Elles sont sujettes à des maladies graves de l'utérus. Et l'on peut dire que si les hommes voluptueux éprouvent plus souvent des maladies de la poitrine, les femmes voluptueuses ressentent plus souvent des maladies de l'encéphale ou des organes génitaux. Chez la femme d'ailleurs, comme chez l'homme, la prédisposition à la phthisie pulmonaire s'accroît et éclate par l'abus des plaisirs vénériens.

Les organes génitaux de la femme, trop vivement stimulés par des jouissances répétées, s'irritent, s'enflamment, et réagissent sympathiquement sur les autres organes; chez l'homme, leur irritation est tout à fait passagère, la surface frictionnée est de moindre étendue, ils ne s'enflamment guère, mais après avoir reçu en quelque sorte un surcroît d'énergie par l'effet d'une stimulation fréquente, ils tombent dans un état d'irritabilité extrême qui fait que la plus légère stimulation provoque une érection incomplète, l'émission prompte du sperme; l'érection n'a pas le temps d'arriver à son dernier période, que déjà le sperme parvient au gland et est expulsé. C'est ce qu'on appelle de la *faiblesse*, expression très-convenable pour la femme qui se voit trompée dans ses désirs, mais évidemment fausse pour le physiologiste. Il n'y a pas là plus de faiblesse que dans le muscle enflammé qui ne peut se contracter, dans la rétine trop irritée qui ne transmet plus les rayons lumineux. La femme n'ayant pas besoin d'érection pour se livrer au plaisir, n'est jamais *faible;* toujours prête à recevoir et à sentir, on s'étonne de sa *force;* c'est que la nature l'a rendue propre à goûter le plaisir sans le prélude nécessaire d'un état voisin de l'inflammation, qui ne peut durer autant que l'aptitude à sentir.

INCORPORATION, s. f., *incorporatio*; action de mêler un ou plusieurs médicamens avec un excipient mou ou peu liquide, soit afin d'en rendre l'administration plus facile, soit pour donner une certaine consistance au tout.

INCRASSANT, adj. souvent pris subst., *incrassans*, *spissans;* propre à augmenter la consistance des humeurs. On ne croit plus aujourd'hui à la propriété *épaississante* des fécules, des huiles, des mucilages, du lait, des œufs, du quinquina, des toniques et des excitans.

INCRUSTATION, s. f., *incrustatio;* présence du phosphate de chaux accumulé en plaques plus ou moins étendues dans un

tissu organique qui, dans l'état normal, n'en contient pas. Le mot *incrustation* est tout à fait impropre pour désigner cette altération organique, car les plaques calcaires ne sont pas surajoutées mécaniquement au tissu dans lequel on les observe, ce sont des modifications de texture qui ont lieu sous l'influence de l'action organique. *Voyez* OSSIFICATION *morbide*.

Le mot *incrustation* a été aussi employé, non moins abusivement, pour désigner les CARTILAGES *accidentels* ou *morbides*.

INCUBATION, s. f., *incubatio*; temps qui s'écoule entre l'impression des causes morbifiques et l'apparition de la maladie; travail organique qui a lieu entre ces deux époques. On ne sait presque rien sur ce travail, parce qu'il n'est annoncé par aucun signe. Dès que les phénomènes morbides paraissent, quelque légers qu'ils soient, l'incubation a cessé, la maladie commence. Cependant il est probable que, dans plusieurs cas, il peut s'écouler un temps assez long entre la manifestation de la maladie et l'impression de la cause qui l'a produite; mais ce n'est là qu'une probabilité. Tout ce qu'on peut dire à cet égard, c'est que l'on trouve souvent dans les cadavres des altérations organiques profondes parmi lesquelles il en est de toutes récentes, et d'autres plus ou moins anciennes, que parfois alors les sujets n'ont vu leur santé dérangée que dans la maladie qui a terminé leur vie, de telle sorte qu'on a lieu de présumer que les symptômes de cette maladie n'ont été que les signes de la recrudescence, ou du dernier période d'une maladie latente ancienne. Il n'est pas nécessaire, il serait même inexact de dire qu'en pareil cas il y a eu *incubation* de la maladie. Cet usage de mots qui n'ont aucun rapport avec les choses dont il s'agit, a plongé la physiologie pathologique dans le chaos d'où l'on essaye aujourd'hui de la retirer. Il est temps qu'on réduise à une juste valeur ce qu'on a dit de l'*incubation* de la variole, de la vaccine, de la rage, de la peste et de la syphilis.

INCUBE, s. f., *incubus*; espèce de songe qui a pour principal caractère le sentiment d'une forte pression que le sujet attribue à un poids quelconque, et le plus souvent à un être vivant placé sur sa poitrine. *Voyez* CAUCHEMAR.

INCURABILITÉ, s. f., *insanabilitas*; caractère des maladies dont on ne peut obtenir la guérison. Elles sont de deux sortes : les unes ne peuvent être guéries parce qu'elles consistent dans une altération profonde des tissus organiques, entièrement changés de nature ou détruits en presque totalité; les autres, bien qu'elles ne déterminent pas des modifications aussi profondes, n'ont pu être guéries jusqu'ici par les moyens que l'art médical nous fournit. Ainsi, jamais on ne pourra espérer la guérison d'un poumon envahi dans sa presque totalité

par des tubercules, de même que celle d'un œil dans lequel toutes les membranes sont devenues opaques, et toutes les humeurs obscurcies et confondues. Mais on ignore si, par exemple, le squirrhe partiel du foie ou de toute autre partie n'est pas susceptible de résolution, malgré l'autorité de plusieurs pathologistes. L'étendue d'une lésion est peut-être de toutes ses conditions celle qui s'oppose davantage à ce qu'elle puisse être guérie. Au reste, si rien n'est plus aisé que de discuter théoriquement sur les maladies qui doivent être réputées incurables, rien n'est plus difficile que de déterminer au lit des malades celles qui sont telles en effet. Un médecin annonce qu'un malade en proie à l'*adynamie* la plus complète ne peut plus être guéri et l'abandonne : débarrassé des maux pharmaceutiques qui l'accablaient, le sujet recouvre la santé. Une femme dont la mamelle est rongée par un ulcère affreux, paraît incurable à plusieurs praticiens célèbres, car, disent-ils, elle est affectée d'un cancer : on applique des sangsues, des cataplasmes narcotiques, l'ulcère guérit ; on se rejette sur une excuse banale : ce n'était point un cancer. L'incurabilité de la phthisie elle-même commence à être mise en doute. Que faire au milieu de cette incertitude : dire qu'à l'exception des cas où un organe est manifestement détruit en grande partie, la maladie ne peut être déclarée incurable que relativement à l'état de la science, et relativement aux moyens déjà mis en usage. Nous serons surtout portés à cette réserve, si nous réfléchissons que certaines maladies irrémédiables, telles que la démence portée au plus haut degré, ne laissent pas plus de traces dans les cadavres que d'autres maladies ordinairement curables des mêmes organes, et que des sujets ont vécu de longues années avec des altérations organiques profondes, mais bornées à une portion d'un viscère important. Ni en théorie ni en pratique, il ne faut jamais se hâter de déclarer une maladie incurable, de peur de paralyser les efforts des investigateurs auxquels on peut devoir de nouvelles méthodes, de nouveaux moyens de traitement, et de peur de se voir démenti par le rétablissement spontané du sujet, par la hardiesse d'un charlatan, par le hasard, ou par l'heureuse inspiration d'un talent médical supérieur.

INDEX, s. m., *indicatorius ;* nom donné au second doigt de la main; à celui qui est placé entre le doigt du milieu et le pouce, parce qu'il sert à montrer, à indiquer les objets.

INDICATEUR, adj., *indicatorius ;* épithète donnée au second doigt de la main, ou INDEX.

INDICATION, *indicatio ;* toute modification qu'il importe de provoquer dans l'organisme pour obtenir la guérison, ou du moins l'amélioration d'une maladie. Il ne faut pas con-

fondre l'indication avec l'indiquant, ni avec l'indiqué, qui n'est que le moyen hygiénique, pharmaceutique ou chirurgical, à l'aide duquel on remplit l'indication. Ainsi, dans une inflammation de la conjonctive, l'indication est de soustraire l'œil à l'action d'une trop vive lumière, de diminuer l'afflux du sang vers cet organe, et l'indiqué de prescrire le séjour dans un lieu peu éclairé, la diète, les boissons aqueuses acidulées et les émissions sanguines. Toutefois, il ne faut pas attacher trop d'importance à ces distinctions tant soit peu scolastiques. Les indications sont en grand nombre, beaucoup d'entre elles découlent les unes des autres; personne n'en a encore donné un tableau exact.

La plus générale des indications est de guérir toutes les fois qu'on le peut, ensuite de pallier le mal qu'on ne peut guérir, enfin de ne pas guérir lorsqu'on a lieu de craindre qu'il ne survienne, par l'effet de la guérison, une maladie plus grave que la première.

Les seules indications bien motivées sont celles qui découlent de la connaissance exacte, non-seulement de la nature, mais encore du siége du mal; à quoi il faut ajouter la considération de l'intensité, de l'ancienneté et de l'étendue, ainsi que de la profondeur de la maladie. Un seul symptôme ne pouvant procurer tous ces renseignemens, on conçoit de suite combien est ridicule et redoutable dans ses suites la dangereuse méthode de traiter seulement d'après des indications symptomatiques. Jusqu'à ces derniers temps la science si difficile et si nécessaire des indications dans les maladies n'a cependant guère été fondée que sur des symptômes, ou, qui pis est, sur de vaines théories physiques, mécaniques, chimiques ou humorales; à peine l'anatomie pathologique, c'est-à-dire la science de l'état des organes malades, lui prêtait-elle quelque secours. Elle ne tient pas plus de place dans le tableau des indications tracé par les médecins de Montpellier, sous le nom impropre de doctrine des élémens pathologiques, tableau qui doit être considéré comme la table raisonnée de toutes les erreurs pratiques des médecins mécaniciens, chimistes et humoristes.

On est aujourd'hui bien convaincu de la nécessité de n'établir les indications que d'après l'état des organes malades, toutes les fois qu'on parvient à le connaître. Lorsqu'on n'acquiert cette connaissance qu'incomplètement, c'est le cas de dire avec Sydenham et Stoll *indicatione incerta maneas in generalibus*, et même avec Hippocrate, *optima medicina interdùm est medicinam non facere.*

Lorsque la nature et le siége d'une maladie sont bien connus, ainsi que le degré de son intensité, après avoir em-

ployé avec persévérance les moyens propres à remplir l'indication qu'elle offre, il faut encore savoir dans certains cas s'arrêter, changer même de marche, et se souvenir alors de cet autre précepte non moins important *à juvantibus et lædentibus fit indicatio.* Bien entendu que dans cette pratique on ne se hâtera pas d'abandonner de suite les moyens indiqués, parce qu'ils ne répondraient pas aussitôt à l'effet qu'on en attendrait. Ceci soit dit sans adopter entièrement cet aphorisme d'Hippocrate : *omnia secundum rationem facienti, neque pro ratione evenientibus, non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est*, et que Feyjoo appelait l'*aphorisme exterminateur.*

Si l'on demande quelles sont les indications dans les maladies du domaine du médecin et du chirurgien, nous dirons que la réponse à cette question ne peut être faite qu'après l'admission générale de quelques points en litige, soit dans la physiologie, soit dans la pathologie, soit enfin dans la thérapeutique. Disons aussi en deux mots que, le plus ordinairement, diminuer l'irritation par les émissions sanguines, le régime et les boissons aqueuses, engourdir quelquefois la sensibilité par des narcotiques ou par le froid, dériver souvent par des irritans directs ou indirects, accélérer quelquefois l'action vitale par des excitans locaux, sont les indications qui se présentent le plus fréquemment, et celles auxquelles on peut rapporter toutes celles qu'on a multipliées avec un luxe de théorie fort inutile en pratique. Ajoutons que ces quatre indications se réduisent à deux : augmenter ou diminuer l'action d'un ou de plusieurs organes. On dira que c'est là du méthodisme, du brownisme; mais il s'agit bien moins de savoir de qui nous vient une idée, que de savoir si elle est juste; or si l'on fait, comme on le doit, abstraction de ce qu'il y a, et de ce que sans doute il y aura toujours d'inconnu dans la vie, la santé, l'action morbifique, l'action médicatrice et la mort, on demeurera, sinon convaincu, au moins persuadé, qu'il n'y a que deux indications générales; et combien de disputes pour savoir s'il n'y en aurait que trente-deux, comme on le verra quelque part. On s'étudiera à rechercher les moyens de remplir ces deux indications, quand et comme il convient de le faire, non pour le triomphe des théories, mais pour le bien de l'humanité. Nous terminons par dire qu'une vérité incontestable et trop contestée, c'est que les indications sont les mêmes dans les maladies semblables, quel qu'en soit le type. Seulement, dans celles qui sont chroniques, il convient d'insister ordinairement davantage sur les dérivatifs, et dans celles qui sont incurables, sur les narcotiques. *Voyez* MÉDICATION, MALADIE, THÉRAPEUTIQUE.

INDIGESTE, adj., *indigestus*. Se dit des alimens, des boissons et des autres substances qui se montrent plus souvent que d'autres réfractaires à l'action de l'estomac et du duodénum.

INDIGESTION, s. f., *indigestio*, *prava coctio*, *apepsia*, *bradypepsia; dyspepsia*. A peine est-il fait mention de cette lésion d'une fonction importante dans les traités de pathologie; l'indigestion est pourtant la forme sous laquelle se présentent très-souvent la gastrite, la gastro-entérite aiguë ou chronique, ou, pour mieux dire, l'effet constant de ces inflammations et le signe de toutes les irritations qui suspendent sympathiquement l'action de l'estomac et de l'intestin duodénum. En effet, le premier résultat de la surexcitation modérée de la membrane muqueuse digestive est un surcroît passager d'appétit, une plus grande rapidité dans la digestion; mais pour peu que la surexcitation gastrique augmente, la digestion ne se fait plus que lentement, d'une manière incomplète, péniblement, avec douleur, ou même elle cesse subitement, pour peu de temps, ou pour un temps prolongé. Si les symptômes qui caractérisent ce trouble de la digestion se montrent peu après le repas, soit que celui-ci ait été copieux, soit qu'on ait mangé ou bu beaucoup d'un aliment ou d'une boisson de mauvaise qualité ou réputés indigestes, soit qu'un coup, une chute, une émotion quelconque, un exercice immodéré ou le sommeil pris immédiatement après le repas aient précédé ces symptômes, le vulgaire et même plus d'un médecin déclare qu'il y a *indigestion*, ce qui est vrai; mais on oublie qu'il ne s'agit pas d'un pot ou d'une marmite, et que le défaut de *coction* provient de ce que le *vase organique* dans lequel la digestion devait s'opérer n'est plus dans les conditions favorables à cette fonction, et on ne s'occupe guère de rechercher quelle modification subissent les parois de ce vase et leurs dépendances ou leurs appartenances. On se borne en général à dire que l'indigestion provient de la faiblesse de l'estomac, sans penser qu'un estomac qui provoque le vomissement, qu'un intestin qui excite les déféations, ne peuvent être considérés comme faibles.

Lorsque les phénomènes de l'indigestion ont lieu après que divers autres symptômes d'affection de l'estomac se sont manifestés, le trouble est regardé comme secondaire, on s'en occupe peu, ou bien on ne s'en occupe que comme d'un symptôme de la lésion de ce viscère. Mais c'est encore à la prétendue faiblesse de ses parois qu'on attribue le plus souvent l'indigestion en pareil cas, sauf celui où les autres signes de la gastrite sont tellement frappans, qu'il n'est pas possible de la méconnaître. On s'occupe d'autant moins alors de l'indigestion, qu'il est nécessaire de mettre sur-le-champ le malade à la diète.

L'indigestion se prolonge souvent pendant des semaines, des mois, des années, c'est-à-dire que chaque jour l'introduction des alimens dans l'estomac est suivie des phénomènes d'une digestion lente, qui parfois est à peine accomplie au bout de six, huit, dix, douze heures et plus, et à laquelle le vomissement vient fréquemment mettre un terme en provoquant le rejet, sinon toujours de la totalité, au moins d'une partie des alimens ingérés. En pareil cas, les médecins anglais ne voient là qu'une dyspepsie, effet de l'asthénie de l'estomac; c'est ainsi que les anciens l'attribuaient à la froideur de ce viscère. Mais de même que Hecquet a prouvé que l'indigestiou, et notamment l'indigestion chronique ou habituelle, était le plus souvent due à un excès de chaleur de ce viscère, on est aujourd'hui convaincu en France qu'elle dépend d'une gastrite, d'une duodénite, ou d'une gastro-duodénite chronique, souvent accompagnée d'une altération de tissu qui en est la conséquence immédiate, et non moins souvent incurable.

S'il commence à ne plus y avoir de doute parmi nous sur la nature de l'affection inflammatoire gastrique qui détermine l'indigestion chronique, il n'en est pas de même de l'état morbide qui est la cause prochaine de l'indigestion aiguë; on continue à la regarder comme étant le plus souvent due à la faiblesse de l'estomac. Recherchons donc quelles sont les causes, les symptômes de l'indigestion, quel que soit son type, sa durée, et si elle peut être attribuée quelquefois à la faiblesse.

L'indigestion a lieu lorsque l'estomac est bien portant dans l'instant où l'on y introduit des alimens, ou lorsque le viscère est déjà lésé dans cet instant. Dans le premier cas, l'indigestion provient, soit d'une impression morbifique directe, effet de la qualité ou de la quantité des alimens (par là nous entendons et nous entendrons dans tout le cours de cet article les alimens et les boissons), soit d'une impression morbifique sympathique provenant de la lésion d'un autre organe; dans le second cas le même viscère est affecté primitivement ou sympathiquement à l'instant où les alimens sont introduits. De tout cela il résulte quatre variétés de l'indigestion, si on la considère dans ses causes : 1°. *indigestion par l'action d'alimens nuisibles sur un estomac sain*; 2°. *indigestion par l'action sympathique d'un organe lésé sur l'estomac contenant des alimens sains*; 3°. *indigestion d'alimens sains par action vicieuse d'un estomac primitivement malade*; 4°. *indigestion d'alimens sains par action vicieuse d'un estomac secondairement malade.*

Quel est l'état de l'estomac dans la première espèce d'indigestion? Y a-t-il irritation de sa membrane muqueuse, faiblesse de cette membrane ou de la paroi musculaire de l'organe? Si nous sommes loin de connaître toutes les modifications que

subit l'estomac dans la digestion, nous savons au moins que le mouvement de ses parois est une des moins importantes, et qu'il ne sert guère qu'à faire passer la masse chymeuse dans le duodénum; il y a donc une autre action plus importante quoique peu connue? Quoi qu'il en soit, la seule question est de savoir si la diminution de la fonction stomacale est un effet de la faiblesse, et pour cela il faut établir une comparaison entre l'estomac et la bouche, où s'opère une première digestion. Or, nous voyons que les alimens y sont divisés, pénétrés de liquides animaux; que certains alimens sollicitent vivement la sécrétion de ces liquides, que d'autres la suspendent et semblent la tarir; que les alimens trop secs sont difficilement altérés par ces liquides en trop petite quantité, et font éprouver un sentiment pénible qui s'oppose à leur déglutition; que les liquides très-fades, comme l'eau pure et tiède, font éprouver un sentiment de dégoût qui fait que le pharynx se resserre souvent pour ne point leur livrer passage, et que la salive et le mucus buccal se mêlent mal à eux, et sont moins abondamment sécrétés sous leur impression; que les alimens à la glace font éprouver un sentiment de froid piquant suivi d'un sentiment de chaleur, et qu'ils sont précipités vivement vers le pharynx, en raison des sensations incommodes qu'ils provoquent; que les alimens chauds, suffisamment engagés pour ne pouvoir être rejetés, sont chassés avec la même précipitation, mais non sans causer des sensations plus insupportables. Toutes ces circonstances nuisent à l'altération des alimens et des boissons dans la bouche. Sauf la différence d'organisation et l'absence de sécrétions dans le plus grand nombre des cas, ne se passe-t-il pas des choses analogues dans l'estomac? Si l'analogie ne nous trompe pas, s'il est impossible de supposer que les alimens et les boissons agissent sur l'estomac autrement que sur la bouche, si le résultat de leur action doit être une stimulation trop vive ou une stimulation incomplète, et peut-être même une sédation, et par suite, dans l'un et l'autre cas, une évacuation rapide, ou du moins devenue nécessaire, du bol alimentaire, soit par le haut, soit par le bas, on demeurera convaincu que l'indigestion par des alimens trop secs, acides, acerbes, amers, âcres, trop froids, est le résultat d'une vive stimulation de la membrane interne stomacale, ordinairement avec, quelquefois sans tendance de la membrane musculaire et de ses annexes à rejeter par le vomissement, ou repousser le plus promptement possible dans le duodénum, l'aliment qui forme un corps étranger incommode; et que, si dans l'indigestion causée par des alimens dans lesquels l'eau, le mucilage ou la fécule domine, la membrane muqueuse gastrique est trop peu stimulée pour vaquer à la digestion, il n'en résulte pas moins

un sentiment pénible et des efforts de contraction de la part de la membrane musculaire et de ses annexes, pour les rejeter en substance ou repousser dans le duodénum; enfin, qu'à la suite de la stimulation incomplète, insuffisante, occasionée par le peu d'action de ces substances sur la membrane muqueuse gastrique, il tarde peu à s'établir une irritation de cette membrane, en raison de la présence d'une matière qui devient un véritable corps étranger qui s'altère et subit diverses modifications purement chimiques, d'où résultent pour elle des qualités irritantes, des dégagemens de gaz, en raison enfin du poids de ces matières, de leur gonflement et de la distension qu'elles font éprouver aux parois de l'estomac. Ce viscère enfin stimulé, la digestiou s'opère, mais lentement, et s'il est trop irrité, le vomissement a lieu; sinon il parvient à faire passer la masse dans le duodénum, où surviennent des changemens absolument analogues. Dans la presque totalité des indigestions de la première espèce, l'irritation gastrique en est donc la principale cause, sauf un petit nombre de cas où elle s'établit secondairement, et ne mérite pas alors moins d'attention de la part du praticien.

La seconde espèce d'indigestion ne mérite pas moins d'être étudiée. Des alimens sains venant d'être introduits dans l'estomac, la peau à être refroidie, le cerveau stimulé par une nouvelle accablante, les muscles sollicités par un exercice violent, il arrive, ou que l'action vitale se concentre vers l'estomac, sur lequel le sang afflue, ou sur un autre viscère, le poumon par exemple, et en même temps sur l'estomac; dans ces deux cas, ce viscère trop excité cesse d'accomplir la digestion; ou que l'action vitale se concentrant au cerveau, ce viscère cesse d'agir sur l'estomac, celui-ci devient impropre à la digestion, comme lorsqu'on lie ou qu'on coupe la huitième paire. Dans le premier cas, il y a irritation gastrique; dans le second une sorte de paralysie, mais la décomposition des alimens a lieu; ils agissent sur la paroi de l'estomac comme corps étrangers, et la membrane muqueuse s'irrite sans que la membrane musculaire ou ses annexes y prennent part, pour l'ordinaire, si ce n'est quand la surexcitation cesse, car alors l'estomac redevient capable de mouvement, et il exécute, ainsi que ses congénères, ceux que sollicite l'irritation de sa membrane interne. Ici encore nous retrouvons le plus souvent l'irritation, et lorsqu'elle n'est pas primitive, elle a lieu secondairement.

Dans la troisième et la quatrième espèces d'indigestion, il est aisé de concevoir que des alimens, quelque sains qu'ils puissent être, introduits dans un estomac malade, ne peuvent être digérés; or cet estomac est irrité le plus ordinairement, quelquefois presque paralysé dans le cas de surexcitation

cérébrale portée au point que l'action du viscère sur les autres soit en grande partie suspendue. Dans ce dernier cas, les alimens n'étant ni assimilés, ni rejetés par le vomissement, ni poussés dans les intestins, deviennent des corps étrangers, subissent des décompositions, et agissent comme irritans sur la membrane muqueuse. C'est donc encore ici le plus souvent une irritation primitive, et dans les autres cas une irritation secondaire de l'estomac.

Relativement au vomissement dans l'indigestion, ne perdons pas de vue qu'il n'a point lieu, 1°. quand l'indigestion n'est pas complète, et que la digestion est seulement lente; 2°. quand l'estomac parvient à pousser les matières alimentaires à moitié ou non digérées dans le duodénum; 3°. quand l'irritation ou plutôt l'inflammation est au plus haut degré; 4°. quand le rapport d'action entre l'estomac et le cerveau est suspendu.

Il résulte de là, ce me semble, que dans le plus grand nombre des cas l'indigestion aiguë n'est, comme l'indigestion chronique, qu'un effet de l'irritation gastrique; que, dans le très-petit nombre de cas, où il y a d'abord asthénie de l'estomac, la membrane muqueuse tarde peu à s'enflammer, alors même que la membrane muqueuse demeure inerte, ainsi que ses congénères; que dans presque toutes les indigestions il importe de se borner à l'emploi des adoucissans; qu'il est cependant des cas où il est utile de provoquer la sortie des alimens, soit par le vomissement, soit en les faisant passer dans le duodénum, afin d'éviter ou de ne pas entretenir plus long-temps l'irritation gastrique; enfin que dans un petit nombre de cas, appelé à l'instant où une indigestion se déclare, on doit prescrire un léger tonique, afin de faire surmonter à l'estomac l'action sédative des substances qu'il contient, ou monter son action au degré nécessaire pour qu'elle puisse attaquer ces substances réfractaires.

Dans l'indigestion, le duodénum reçoit des alimens qui sont peu ou qui ne sont point altérés par l'action stomacale; alors l'indigestion se continue, ou bien le duodénum achève cet acte, et l'opère peut-être en entier; sinon les alimens, à peine digérés ou même nullement digérés, passent successivement dans tout le tube intestinal, occasionant de vives douleurs, symptômes d'une traînée d'irritation, s'il est permis de s'exprimer ainsi : pour l'ordinaire alors il y a diarrhée et quelquefois lienterie. L'irritation intestinale venant à persister, demeure après l'irritation gastrique, ou continue souvent avec elle, même après la sortie des matières ingérées. Il est bon, dans toutes les indigestions, de solliciter le passage et l'expulsion de ces matières par des lavemens qu'il n'est jamais utile,

et qu'il peut être dangereux, de rendre irritans en pareil cas.

Un sentiment de plénitude, de pesanteur, de gêne et de douleur à l'épigastre, d'obstacle à la respiration, une pesanteur de tête souvent douloureuse, une espèce de vertige, d'anéantissement, de tendance à la syncope, des nausées, des efforts infructueux pour vomir, des rapports nidoreux, le dégoût pour tous les alimens et pour toute boisson chaude, le désir des boissons froides et acidules, quelquefois le hoquet, des borborygmes, tels sont les premiers symptômes de l'indigestion, à quoi il faut joindre un pouls serré, petit et embarrassé, la pâleur de la face, le froid du dos et des extrémités, et un malaise général. A ces symptômes se joignent souvent le vomissement, des coliques, de la diarrhée. A mesure que les signes d'irritation de l'estomac diminuent, ceux d'irritation des intestins se développent ou augmentent. De ce qu'on suit assez bien la marche progressive de l'irritation, on en a conclu qu'il fallait distinguer une indigestion gastrique, une intestinale et une gastro-intestinale; mais à quoi bon ces distinctions établies en principe, comme si c'était là toute la science ?

Que voit-on dans les symptômes attribués à l'indigestion, sinon des signes d'irritation de l'estomac, puis de l'intestin grêle, et quelquefois même du gros intestin? En quoi donc la nature et le traitement de cette *maladie* peuvent-ils différer de la nature et du traitement de l'irritation, si ce n'est seulement en ce qu'il y a présence d'alimens dans l'estomac, et indication par conséquent d'en provoquer l'expulsion par haut ou par bas, alors seulement qu'on doit renoncer à l'espoir de les voir définitivement altérés par l'action de ce viscère et du duodénum.

A cela se réduit à peu près ce qu'on peut dire de l'indigestion, dans l'état actuel de la science. On voit que les indications sont 1° de diminuer l'irritation dans le plus grand nombre des cas; 2° d'étendre les alimens lorsqu'on présume qu'ils forment une masse trop consistante; 3° d'exciter les contractions de l'estomac ou de ses annexes, et 4° de stimuler légèrement l'estomac dans des cas plus rares, et seulement au début de quelques indigestions. La distinction de ces cas étant assez difficile, on choisit en général un terme moyen, qui est de prescrire des boissons mucilagineuses, légèrement aromatisées, sucrées, en abondance, de faire prendre plusieurs lavemens mucilagineux ou huileux, de pratiquer sur la région de l'estomac et autour du nombril des frictions avec la main, de les couvrir de linges chauds. Par l'usage de ces moyens, la douleur cesse peu à peu, les autres symptômes diminuent graduellement sans évacuation, ou bien le vomissement ou la diarrhée débarrasse l'estomac, ou enfin les accidens continuent. Si la pesan-

teur persiste à se faire sentir à l'épigastre, si on a été appelé au commencement de l'indigestion, il faut alors ne pas hésiter à donner l'émétique, ou mieux l'ipécacuanha à dose vomitive, après avoir inutilement employé les adoucissans. Si on est arrivé tard près du malade, si les accidens continuent, si la douleur semble marcher de l'estomac aux intestins, il faut se borner à l'emploi des lavemens, en les rendant laxatifs. Il n'est jamais convenable de recourir aux potions ou boissons purgatives, si ce n'est le lendemain, quand on présume que des matières mal assimilées existent encore dans les intestins, et cela seulement chez les vieillards, dont le tube intestinal se contracte lentement et faiblement.

Ainsi que toutes les irritations gastriques et gastro-intestinales, celle qui a lieu dans l'indigestion est susceptible de ne donner lieu qu'à des phénomènes sympathiques, ou du moins d'en produire de si intenses, que les phénomènes locaux ne soient pas assez sensibles, de telle sorte qu'on méconnaisse la nature et surtout le siége de l'affection. C'est ce qu'on a nommé *indigestion larvée*. Une femme gisait dans son lit, étendue sur le dos, sans connaissance, presque sans pouls, agitée de mouvemens convulsifs alternant avec une immobilité parfaite, les extrémités froides, le corps couvert d'une sueur rassemblée en gouttelettes sur la poitrine. Des enfans en bas âge environnaient seuls cette malheureuse femme, dont nous ne pouvions obtenir aucun renseignement sur cet état survenu subitement: un jeune médecin, connaissant le genre de vie et les habitudes de cette femme, qui appartenait à la classe ouvrière la moins fortunée, reconnut sur-le-champ une indigestion, moins encore aux symptômes très-équivoques, qu'aux débris d'une grande quantité de porreaux qu'il vit épars près du foyer : plusieurs fois il avait été appelé pour des accidens de ce genre chez des personnes qui s'étaient gorgées de la soupe préparée avec cette plante, de la graisse rance et du pain grossier; il prescrivit une tasse d'eau chaude avec deux grains d'émétique; la malade vomit une quantité énorme de cette soupe indigeste; et se trouva presque tout à coup aussi bien qu'avant de perdre connaissance, sauf la faiblesse qu'elle éprouvait dans les membres. On ne nous accusera pas, nous l'espérons, d'attribuer aux porreaux la propriété de causer des indigestions larvées, nous avons voulu seulement montrer par ce cas assez peu commun, qu'il importe de se procurer les renseignemens les plus positifs et les plus minutieux sur l'état et les actes antérieurs du malade. C'est le seul moyen de démêler la source des groupes souvent très-alarmans et très-équivoques de symptômes qui peuvent être le résultat de la surcharge de l'estomac sain ou de l'alimentation intempestive d'un estomac irrité. C'est dans des cas de ce genre qu'on voit survenir l'apoplexie, l'asthme, des

cardialgies, des coliques excessives, des accès de goutte ou de rhumatisme très-douloureux, des troubles de la vue, enfin une foule de phénomènes morbides, les seuls que l'on puisse ranger parmi ceux que les anciens attribuaient à la présence de saburres dans les premières voies, les seuls qui justifient l'emploi de l'émétique hors les cas où, à la suite d'une irritation gastrique qui n'existe plus, il reste des matières muqueuses surabondantes dans l'estomac, et qu'au demeurant il est dans l'état actuel de la science du diagnostic fort difficile de reconnaître, excepté dans un très-petit nombre de circonstances, par exemple dans la convalescence des bronchites avec sécrétion surabondante de la plupart des membranes muqueuses.

C'est seulement dans les cas de congestion sanguine vers la tête ou la poitrine qu'il peut être utile d'ouvrir la veine, et même qu'il est indiqué de le faire; un organe plus important que l'estomac, qui d'ailleurs est peu lésé, étant fortement affecté, et la saignée étant le moyen le plus efficace pour y remédier, il faut y recourir de suite; souvent ce moyen suffit pour déterminer le vomissement et par conséquent le rejet des alimens qui forment un corps étranger irritant dans l'estomac. Après la saignée il est plus facile et moins dangereux de provoquer ce mouvement, mais il ne faut pas oublier que dans toute fluxion du sang vers la tête, les violens efforts du vomissement sont dangereux : pour peu qu'on ait lieu de redouter l'épanchement sanguin dans le cerveau, il faut s'en abstenir, car il ne peut qu'être nuisible. On se tromperait néanmoins beaucoup si on croyait que toute apoplexie avec indigestion est la suite de celle-ci, car l'apoplexie primitive détermine infailliblement l'indigestion, quand elle arrive au moment de la digestion. *Voyez* APOPLEXIE.

La mort n'a guère lieu à la suite des indigestions que lorsque celles-ci surviennent chez des sujets disposés à l'apoplexie, chez des blessés qui ont de larges plaies en suppuration, ou chez des convalescens de maladies aiguës graves. Rien de plus commun que de voir, dans les hôpitaux, des convalescens périr subitement pour avoir satisfait trop tôt et trop avidement leur excessif appétit. Ce sont les seuls, avec les apoplectiques et les blessés, qui succombent par la même cause, dans lesquels on puisse constater l'état des voies digestives. Mais si l'on considère que l'affection de l'estomac, quelque vive qu'elle puisse être, n'est alors que momentanée, on ne s'étonnera pas qu'elle laisse peu de traces. Lorsqu'il y en a, ce sont celles de l'irritation. Le plus souvent on trouve la membrane muqueuse gastrique grisâtre et plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement; il y avait une phlegmasie chronique de ce viscère, une grande susceptibilité dans sa membrane interne, une cause légère a

suffi pour que le cerveau fût douloureusement influencé par l'estomac; la mort en a été la suite. On trouve parfois en outre des points rouges à la surface de la membrane muqueuse gastrique, et leplus souvent beaucoup de sang dans les vaisseaux céphaliques. La présence d'une pâte où l'on aperçoit les débris des alimens non élaborés et l'odeur des boissons vincuses ou alcooliques, dans l'estomac ou le duodénum, démontre évidemment qu'il y a eu indigestion.

INDIGESTION (art vétérinaire). Cette affection présente des différences relatives à l'organisation, aux instincts et aux mœurs de nos animaux domestiques; elle est due à la qualité ou à la quantité des matériaux variés et nombreux admis dans le canal alimentaire, des parois duquel ils reçoivent une action, et sur lequel à leur tour ils agissent directement.

Parmi nos animaux domestiques, il en est qui ruminent, et d'autres qui ne ruminent pas. Les premiers ont l'estomac divisé en quatre ventricules ou sacs d'une organisation particulière à chacun d'eux, et dont l'un, nommé *rumen* ou *panse*, est d'un volume et d'une capacité considérables eu égard aux trois autres, qu'on appelle *réseau* ou *bonnet*, *feuillet* et *caillette*. Ce dernier est le principal estomac, l'agent essentiel de la digestion, le seul capable de produire la chymification. C'est dans ce réservoir que les alimens se rendent après avoir été préparés préalablement par la mastication et l'action des autres ventricules; ils y subissent le dernier degré d'élaboration, et sont convertis en substance chymeuse. Or ce mode de fonction s'appelle *rumination*, et désigne l'action par laquelle les alimens solides, après avoir séjourné un certain temps dans le rumen, remontent en forme de pelotte et sont reportés dans la bouche, où ils n'ont d'abord été que faiblement broyés à leur premier passage, pour, à cette seconde fois, être remâchés, triturés, imprégnés de salive, de façon à être rendus propres à être digérés. Il résulte de cette disposition que l'animal ne fait d'abord que saisir et avaler les alimens, pour les déposer et accumuler aussitôt dans un vaste réservoir; ainsi la digestion du bœuf ne se fait pas avec promptitude, non plus que ses mouvemens et ses travaux.

Il semblerait que la multiplicité des estomacs, chez les ruminans, devrait rendre l'acte de la digestion beaucoup plus composé que dans les monogastriques herbivores; cependant, à ne considérer que l'ensemble des phénomènes qui ont lieu depuis l'instant où les alimens sont déglutis jusqu'à l'expulsion des matières fécales par l'anus, on voit que cette fonction, si différente en apparence, n'est guère plus compliquée dans les uns que dans les autres. En effet, si le bœuf lent et tranquille, pourvu de quatre estomacs, élabore d'une manière particu-

lière et pendant long-temps ses alimens, avant qu'ils parviennent dans le dernier réservoir, où s'opère la chymification, le cheval, qui est remarquable par un caractère vif et par des mouvemens plus rapides, le cheval, qui n'a qu'un petit estomac, offre dans la longueur de son intestin, de vastes réservoirs, où les substances alimentaires, converties en chyme, continuent à être élaborées; de sorte que, chez le premier, la digestion est toujours précédée d'un grand travail, d'une élaboration compliquée et pénible, tandis que dans le second la chymification est plus simple et plus facile, mais exige une suite d'opérations difficiles et prolongées. Le nombre, la variété des estomacs, et l'ampleur du premier d'entre eux, permettent aux ruminans de faire de grandes provisions, et même de passer beaucoup de temps sans souffrir autrement de la faim; dans les monodactyles, au contraire, l'exiguité de l'estomac ne permettant pas une grande masse ni un long séjour des substances alimentaires qui y parviennent, les animaux de cette espèce éprouvent nécessairement le besoin de manger à des intervalles plus rapprochés.

Sous un autre point de vue, en s'arrêtant à la considération des résidus des matières alimentaires, tels que les animaux les évacuent, il semblerait encore que les animaux à estomac multiple devraient être infiniment moins exposés que les autres aux indigestions, puisque rien n'est plus divisé, plus atténué, que les parties solides des excrémens que rendent les bêtes à cornes, les bêtes à laine et la chèvre, tandis que les mêmes parties solides des excrémens rendus par le cheval, le mulet et l'âne ne sont pour ainsi dire que des fourrages hachés. L'action de la digestion paraît si imparfaite dans ces quadrupèdes monogastriques, qu'on trouve dans leur fiente une assez grande quantité de grains qui n'ont souffert aucune altération dans l'estomac et les intestins, puisque ces mêmes grains germent après leur émission par l'anus, aussi bien que s'ils eussent été parfaitement conservés dans le grenier le plus sain. Malgré cette différence dans le degré de division et d'atténuation des alimens des ruminans, différence qui doit supposer une force organique plus grande que celle qui agit sur les fourrages dont les animaux non ruminans se nourrissent, non-seulement les indigestions sont plus fréquentes dans nos herbivores à quatre estomacs, mais elles sont en outre beaucoup plus dangereuses, et souvent mortelles.

Parmi les non-ruminans, nous avons encore à isoler ceux qui sont doués de la faculté de vomir, qui ne diffèrent point par l'organisation de leur estomac, composé d'un seul ventricule ou sac, mais qui ont un régime, une manière d'être et de vivre, des mœurs, des habitudes, etc., qui ne sont pas les mêmes, et

qui influent sur la nature de leurs affections maladives. Le cochon, qui est omnivore, et les carnivores, tels que le chien et le chat, ont le canal intestinal assez grêle; jouissant ordinairement d'une assez grande liberté, éprouvant peu de privations, se repaissant d'alimens plus substantiels, qu'ils ont souvent la faculté de choisir, ils endurent moins la faim, et ils ont besoin de manger moins souvent que les herbivores. Aussi ont-ils rarement des indigestions, ou, lorsqu'ils en ont, la facilité avec laquelle le vomissement s'opère chez eux les dispense le plus souvent des secours de l'art, nécessaires aux autres animaux.

Les animaux, dans l'état sauvage, n'avaient qu'un régime simple, analogue à leur organisation, et connaissaient peu de maladies. Ceux qu'on abandonne encore habituellement dans les plaines et les bois, tels que le bœuf, la vache, la brebis et la chèvre, plus rapprochés de cet état primitif où la nature les avait placés, ont aussi une santé plus robuste que les autres : jamais en proie à un appétit dévorant, pouvant donner à leur aise à l'œuvre de la digestion tout le temps et le repos nécessaires, dans un lieu tranquille et de leur choix, leurs organes digestifs ne sont jamais surchargés, et par conséquent les indigestions sont rares chez eux. Mais renfermés dans des logemens étroits et trop souvent malsains, dans des enclos, dans des parcs où ils ne peuvent manger qu'à la volonté ou au caprice de l'homme, ces compagnons serviles de nos travaux agricoles endurent la faim, et, pressés du désir impérieux d'y satisfaire, dévorent les alimens qui s'y trouvent, quels qu'ils soient. Les herbes fussent-elles saines, ils n'en sont pas moins exposés à contracter l'indigestion, s'ils en incorporent en trop grande quantité, ou s'ils sont mal disposés. En général, l'époque de l'année où l'on rencontre le plus d'indigestions est celle où l'on fait passer les animaux de la nourriture sèche à la nourriture verte, si l'on n'a pas la précaution d'y procéder par degrés. L'herbe tendre et nouvelle appète les animaux, ils en sont très-friands, et si on leur en laisse la liberté, il est facile à plusieurs espèces d'en avaler trop en un instant. Il peut en être de même, en tout autre temps, du son gras, des moutures, des grains et des autres alimens que les grands herbivores recherchent avec avidité; et si on leur en donne à discrétion, surtout lorsqu'il sont affamés, ils courront d'autant plus de danger, que le vomissement leur est communément interdit par leur organisation, et que les purgatifs n'ont sur eux qu'une action beaucoup trop lente.

L'eau, cet aliment encore plus essentiel aux animaux qu'à l'homme, peut troubler la digestion par sa qualité ou sa température. Altérée par des matières terreuses, des extraits organiques corrompus, comme celle qui est stagnante dans les réser-

voirs, les viviers dormans, les mares, et surtout les mares des fermes, toujours saturées de jus de fumier, de telles eaux ne réunissent plus les conditions voulues pour être salubres, et leur action sur l'économie animale est différente. Nécessairement elles sont indigestes, et il n'y a que la force de l'habitude qui en puisse émousser l'impression sur les organes digestifs. Par sa température très-abaissée, l'eau peut encore être cause de mauvaises digestions, et même devenir fort fâcheuse pour les animaux qui la boivent à longs traits et à discrétion lorsqu'ils ont chaud; la mauvaise coutume où l'on est, dans beaucoup d'exploitations rurales, d'abreuver les chevaux immédiatement au retour des champs, soit à la rivière, soit avec de l'eau sortant du puits, les expose à des indigestions, et même à des entérites aiguës appelées *tranchées rouges*, toujours d'autant plus fatales pour la vie du sujet, que trop souvent on les traite mal-à-propos avec des cordiaux et des irritans.

Une autre source non moins féconde d'indigestions, c'est la mauvaise qualité des alimens. Sont dans ce cas, les fourrages altérés dans les champs ou les greniers, ceux récoltés avant maturité complète, ou qui n'ont point ou pas assez fermenté avant d'être engrangés, les plantes plus ou moins malfaisantes que les animaux mangent sur les prés, celles chargées de rosée ou de rouille, etc. Il peut résulter des effets d'autant plus fâcheux de l'usage de ces alimens, qu'ils sont mangés en plus grande quantité, et que les proportions que comportent les forces digestives sont dépassées davantage. L'aliment fût-il de bonne qualité, s'il est pris avidement en très-grande quantité dans un petit espace de temps, il peut de même développer l'indigestion. On a vu des vaches périr dans des pièces de trèfle vert, et des moutons dans des champs d'avoine, de blé, etc. On ne se contente pas de laisser les chevaux boire à volonté beaucoup d'eau très-froide pendant qu'ils ont très-chaud; on fait plus, ils trouvent, en rentrant du travail, le ratelier et l'auge bien garnis de graines, de fourrages succulens dont ils sont très-friands : l'usage abusif qu'ils en font alors après le travail ou la course, sans même pouvoir prendre le temps de souffler auparavant, la grande précipitation avec laquelle ils avalent, le renouvellement du travail trop rapproché du repas, les châtimens qu'on joint trop souvent à ce travail, ou bien l'exposition subite à l'impression d'un air froid de suite après avoir mangé, au moment où le travail de la digestion s'opère; l'exposition dans la même circonstance à une pluie d'orage qui refroidit tout à coup le temps, comme dans les exploitations où l'on a l'habitude de chasser les animaux à la pâture aussitôt après le repas; ne sont-ce pas là autant de

causes qui entrent pour beaucoup dans les désordres de la digestion?

La digestion s'opérant en général assez rapidement dans les herbivores, c'est assez prochainement après l'ingestion des alimens qu'elle peut être troublée. L'indigestion a lieu ou peut avoir lieu quand, par suite de l'une ou plusieurs des causes dont nous avons parlé ou dont nous parlerons, les diverses parties qui concourent à l'acte de la digestion n'exécutent pas leurs fonctions de la manière voulue; elle se manifeste alors par des signes non équivoques que nous signalerons en exposant les symptômes propres à plusieurs espèces que nous croyons devoir isoler les unes des autres. Comme c'est dans l'estomac des monogastriques et le rumen des ruminans que les alimens sont d'abord déposés pour exercer et recevoir une première action, c'est aussi dans l'un ou l'autre de ces organes, selon l'espèce de l'animal, que les premiers phénomènes se développent. L'indigestion qui se borne là, qui n'est point due à des substances caustiques ou vénéneuses, qui est simple ou incomplète, n'a d'autre inconvénient que de troubler passagèrement la santé, de causer du malaise ou du dégoût; on s'en aperçoit à peine, surtout dans les animaux qui vivent en troupes, et quelques heures suffisent ordinairement pour que l'accident soit dissipé. Mais si l'indigestion est complète, quoique cela soit assez rare, elle entraîne les suites les plus graves. Lorsqu'elle se propage dans l'intestin, elle fait beaucoup souffrir les animaux, et leur occasione de violentes douleurs d'entrailles, que l'on confond souvent avec une simple colique. Les ruminans sont particulièrement exposés à des indigestions fort graves, dont la tympanite est presque toujours la suite nécessaire, puisqu'elle résulte de la présence des gaz qui se dégagent dans le rumen. Quoique cette indigestion compliquée passe généralement pour être le partage exclusif du bœuf, du mouton et de la chèvre, le cheval n'en est pas tout à fait exempt, et même nous aurons quelques exemples à en citer. Déjà l'on voit la nécessité de considérer isolément l'affection dans ces deux espèces d'animaux, qui n'ont pas l'estomac organisé de même; mais commençons par l'indigestion aiguë et chronique ordinaire dans les herbivores monogastriques.

1°. La grande sobriété du mulet, et surtout de l'âne, les préserve le plus souvent des indigestions auxquelles le cheval est quelquefois en proie. Ces indigestions présentent des symptômes fort nombreux et fort variés, qui ne s'observent pas toujours en collection complète dans tous les cas. Le premier d'entre les principaux est le dégoût, qui devient naturel dès que l'estomac est surchargé. Vient ensuite une sorte d'é-

ructation assez fréquente, la gêne de la respiration, causée sûrement par le refoulement que le développement de l'estomac détermine sur le diaphragme; puis les borborygmes et les vents, annonces d'une mauvaise digestion et prédécesseurs des évacuations par l'anus, qui sont ordinairement le dernier symptôme, et soulagent le malade dès qu'ils ont lieu. Les monogastriques ayant l'estomac différent de celui des ruminans, ce viscère n'est pas toujours chez eux le siége exclusif de l'indigestion; souvent les gros intestins, et particulièrement le colon, sont farcis d'excrémens, quelquefois durcis, que les médicamens ne peuvent atteindre ni évacuer Du reste, les signes de l'indigestion sont d'autant plus certains qu'ils se trouvent réunis en plus grand nombre, et qu'ils ont lieu d'une manière instantanée après avoir trop mangé.

Lorsque l'indigestion est complète ou considérable, l'excitation locale qu'elle détermine réagit sur l'économie générale. Le cheval qui l'éprouve porte la tête basse, bâille fréquemment, et a le pouls dur et plein; sa peau est sèche et d'une température moins élevée que dans l'état ordinaire; il cherche bientôt à appuyer sa tête, quelquefois il pousse avec son front les corps qui sont devant lui, d'autres fois il recule au bout de sa longe, ou bien il frappe la terre avec l'un des pieds de devant, et tourne la tête vers son flanc; il s'agite plus ou moins, et paraît se plaindre; les excrémens qu'il rend sont quelquefois secs et très-durs, d'autres fois ils sont très-liquides, exhalent une odeur très-forte, et l'on y remarque des grains d'avoine encore entiers. Il est des cas où les évacuations n'ont pas lieu. Quand l'indigestion est très-intense, elle suscite des accidens graves annoncés par une augmentation effrayante dans les symptômes sympathiques de céphalalgie, et l'encéphalite même se déclare; mais cette variété ayant reçu le nom particulier de *vertige abdominal*, nous remettons à nous en occuper au mot VERTIGE, sous la dénomination spéciale de *vertige symptomatique*. Rarement, au surplus, l'indigestion occasione la paralysie de l'arrière-main; néanmoins cet accident est arrivé à quelques chevaux qui faisaient un grand usage habituel du son. Cet aliment, très-mauvais en lui-même, surtout lorsque le bluteau l'a écuré au point de l'assimiler à de la sciure de bois, s'accumule et se pelotonne dans les gros intestins; il y forme des masses volumineuses qui, en comprimant les filets nerveux qui sont particuliers aux entrailles et qui émanent du sympathique, donnent lieu à la paralysie.

Dès qu'on reconnaît ou qu'on croit reconnaître une indigestion, l'on est dans l'usage d'administrer à hautes doses, quelquefois réitérées, les infusions de plantes aromatiques concen-

trées, les cordiaux les plus actifs, le vin, l'eau-de-vie, l'alcool même; tout le monde croit s'y connaître; on se dispense d'appeler le vétérinaire, et, par un traitement mal entendu, l'on convertit une indisposition en général fort simple en une affection des plus graves. N'est-ce pas encore précisément ce que l'on semble chercher, quand on voit des gens de la campagne se fatiguer à faire courir vite et long-temps les chevaux pris d'indigestion, comme si ces courses violentes et répétées pouvaient constituer un moyen thérapeutique? N'a-t-on pas vu des chevaux tomber raides et mourir à la suite de ces exercices véhémens, qui quelquefois compliquent la maladie de fourbure? De légères promenades sont seulement utiles; ensuite le repos, la diète et les délayans suffisent dans les cas les plus simples; l'on peut y ajouter les lavemens adoucissans et délayans, et même des minoratifs en lavage, si une constipation opiniâtre les indique. Sur la fin, on retire de grands avantages de quelques bouteilles d'eau tiède salée, administrée d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, ou mieux encore de quelques infusions éthérées d'eau de mélisse, de sauge ou de camomille. Le café réussit assez bien, mais sa cherté en interdit l'usage. Huzard, néanmoins, l'a employé avec succès. Dans les indigestions qui sont de longue durée, lorsque les douleurs paraissent un peu calmées, on peut faire avaler à diverses reprises, dans le courant du jour, un opiat composé d'un quart de kilogramme de miel, dans lequel on met environ seize grammes (quatre gros) d'aloès en poudre, en continuant la diète, et en n'arrivant que peu à peu et par degrés à la nourriture et aux rations ordinaires.

La saignée passe pour mortelle dans les indigestions, et en effet c'est en général le moyen le plus dangereux qu'on puisse employer contre ce genre d'affection : cependant quand il y a vive accélération du pouls, signes évidens de pléthore et de turgescence cérébrale, ainsi qu'on l'observe dans l'indigestion vertigineuse, n'est-ce pas le cas de pratiquer avec réserve la saignée? Au reste, c'est à la sagacité du vétérinaire appelé, à discerner le cas où ce moyen doit être mis en usage, et à s'en abstenir dans les autres.

Dans les herbivores monogastriques, l'indigestion peut être chronique : c'est alors un trouble continuel ou fréquemment répété de la digestion; elle dépend de quelque changement morbide survenu dans les organes digestifs, ou dans les fonctions qu'ils exercent. L'assimilation n'ayant plus lieu dans toute son intégrité, les chevaux qui en sont attaqués maigrissent; leur peau se dessèche, se raidit, s'attache aux muscles; ils mangent sans plaisir, par habitude, et la plupart du temps rendent leur nour-

riture à peu près telle qu'ils la prennent. Si cet état ne cesse pas, les malades ont une diarrhée colliquative, tombent dans le marasme et périssent.

Cette disposition fâcheuse, dit Dleabère-Blaine, vient quelquefois, au printemps et dans l'automne, de la sympathie réciproque qui existe entre la peau et l'estomac. Le grand changement opéré auparavant dans la constitution et dans le travail actuel de la mue, rend les chevaux plus sensibles aux vicissitudes du chaud et du froid. Elle est aussi occasionée, mais bien rarement, par les vers. Plus souvent elle reconnaît pour cause une nourriture peu convenable, la mauvaise eau, ou la trop grande chaleur de l'écurie. Elle peut encore être produite par des substances indigestes habituellement mêlées aux alimens.

Le traitement dépend en grande partie de la connaissance que l'on a de la cause. Au printemps et dans l'automne, une nourrriture plus succulente ou plus abondante active les fonctions de la peau, et accélère le travail nécessaire au changement de poil. Si l'affection est causée par la présence des vers, voyez l'article VERS et le traitement qui y sera indiqué. Si elle paraît l'effet d'un défaut de ton dans l'estomac même, l'aloès à petites doses, combiné avec les amers, tels que la camomille, l'absinthe, la petite sauge, la petite centaurée, la gentiane, pourra réveiller les propriétés vitales de l'estomac, et concourir à rendre les digestions meilleures.

2°. L'indigestion la plus terrible et la plus redoutable que les herbivores ruminans puissent éprouver, est celle produite par le desséchement des alimens dans le feuillet. Quoiqu'elle ne soit pas accompagnée de la météorisation du rumen, elle n'en est pas moins funeste, et ne se termine le plus souvent que par la mort. Très-rarement essentielle, pour ne pas dire jamais, elle est toujours, ou presque toujours, un épiphénomène d'une maladie inflammatoire; elle n'est par conséquent que très-secondaire, et pour cette raison ne doit pas nous occuper ici.

L'indigestion à laquelle nous allons donner toute notre attention est toujours accompagnée de météorisme ou de tympanite, avec ou sans ingurgitation, ce qui établit deux variétés assez difficiles à distinguer sur l'animal vivant, l'une simple et l'autre compliquée. En général, cette indigestion est caractérisée à l'extérieur par la tension marquée et l'élévation de l'abdomen, spécialement du côté gauche; ce phénomène est dû à la présence d'un fluide gazeux, et il est assez fréquent dans le temps du vert, surtout au printemps, ou en d'autres temps lorsqu'on n'a pour nourriture que des fourrages altérés, ou des boissons qui pèchent par la qualité ou la quantité. Cette indi-

gestion est en général dangereuse, surtout quand on ne sait pas la traiter convenablement, et il ne se passe pas d'année qu'elle n'immole dans nos campagnes un certain nombre de victimes.

De quelle nature sont les gaz dont il s'agit? Pendant long-temps on les a mal connus, et ce n'est même que de nos jours que les chimistes modernes ont rendu à la science le service de l'éclairer à ce sujet. Le gaz acide carbonique que les animaux exhalent se dégage même lors d'une bonne digestion; mais il est alors en petite proportion; ce n'est que son expansion tumultueuse qui est nuisible, et cela arrive toutes les fois que le rumen est surchargé d'alimens, ou que les alimens qui le remplissent sont d'une certaine nature ou dans un état particulier que nous déterminerons. Dans les mêmes circonstances, un autre gaz, le gaz hydrogène, qui existe comme principe constitutif dans tous les corps organisés, se forme en plus grande proportion dans le grand estomac lorsque les alimens s'y altèrent, au lieu de s'y élaborer de la manière voulue. Sa présence en trop grande quantité dans les estomacs est constamment le produit d'une mauvaise digestion, et ses effets sur les parois internes de ces viscères sont de les phlogoser, irriter, enflammer et même gangréner.

Rarement l'indigestion gazeuse aiguë simple se présente avec ingurgitation; c'est la moins dangereuse et la moins difficile à traiter, surtout lorsqu'elle est récente, et on peut la considérer comme un simple météorisme, qui a ordinairement lieu dans les estomacs. Ceci dépend de l'étendue considérable de ces viscères; aussi les ruminans sont-ils peu sujets aux coliques, qui se remarquent si souvent chez les monodactyles, dont les intestins sont si étendus et l'estomac si petit, en comparaison avec ces mêmes organes dans les ruminans.

Indépendamment des causes générales que nous avons signalées, il en est de particulières qui ne manquent presque jamais de déterminer l'indigestion gazeuse. Que des bœufs, des vaches, des brebis rencontrent des alimens qu'ils aiment beaucoup, spécialement des herbes vertes, telles que sainfoin, luzerne, trèfle, ils en mangent avec avidité, surtout s'ils en sont depuis long-temps privés; ils oublient de se coucher pour ruminer, l'indigestion survient, même avant que ces substances alimentaires forment une masse suffisante pour remplir le rumen, et l'on s'en aperçoit à la distension considérable et au défaut de contractilité de cette portion de l'organe digestif. Ce phénomène se remarque peu après avoir mangé, et s'opère encore plus promptement si les herbes dont il s'agit sont mouillées, ou si l'animal boit immédiatement après les avoir ingérées, ou s'il se trouve du coquelicot dans ce qu'il a avalé. C'est ce qu'on

remarque, fréquemment au printemps et en automne, dans les vallées et dans les plaines, surtout après des pluies ou des rosées abondantes. Cet accident n'est point connu chez les animaux qui vivent et pâturent sur des côteaux secs et sur des terrains sablonneux où l'herbe est rare et fine. Dans nos départemens méridionaux, il est souvent occasioné par le sainfoin des Pyrénées, qu'on nomme *faroult*, et qui, au printemps, est presque la seule nourriture des bêtes à cornes. Dans nos provinces du nord, c'est spécialement le trèfle qui en est la cause la plus fréquente et la plus commune. Les mêmes fourrages verts, donnés à l'étable, produisent les mêmes effets s'ils ont été coupés mouillés, s'ils sont coupés depuis quelques heures, et s'il s'est développé, dans le tas ou la botte, une chaleur que l'on reconnaît aisément en y enfonçant la main. Les pommes de terre, turneps, betteraves et autres racines légumineuses sont quelquefois dans le même cas. Dans quelques cantons allemands où les récoltes furent ravagées par la pluie et la grêle, et où l'on avait pris le parti de doubler la culture des choux et surtout des navets, on vit la météorisation devenir un fléau général pour les vaches et les bœufs auxquels on en donna trop, aussitôt après la récolte, et même plus tard à ceux auxquels on en fit manger qui avaient en partie pourri sous la neige. On voit aussi la météorisation se développer dans les ruminans, après qu'ils ont passé seulement une heure à pâturer de l'herbe couverte de gelée blanche.

Le vulgaire croit que l'indigestion gazeuse vient aux bestiaux à qui l'on a donné des *gobbes* (*Voyez* ce mot et *égagropiles*), ou qui ont été mordus par une musaraigne, ou qui ont mangé des plantes infectées du prétendu venin du crapaud ou de la salamandre; Hiéroclès et Théomneste, vétérinaires grecs, accusent quelques buprestes et quelques araignées de développer cette maladie; mais, d'après ce que nous avons dit, il n'est pas nécessaire de remonter aussi loin pour en concevoir la cause. Cependant, car il ne faut rien dédaigner, le nom vulgaire de *crève-bœuf* que l'on donne dans quelques endroits aux buprestes de la petite espèce, insectes de la famille des coléoptères, semblerait indiquer que ces petits êtres seraient avalés par les bestiaux dans les prairies. S'il en était ainsi, leur effet ne peut être douteux; on sait que, comme la plupart des scarabées brillans et des cantharides, ils causent par leur présence une grande et vive inflammation dans les premières voies. Il est au reste certain que les bestiaux rentrent quelquefois du pâturage tellement enflés, que leur estomac se rupture souvent (*Voyez* RUPTURE, art vétérinaire), et qu'ils meurent; mais nous en revenons encore à demander si c'est bien réellement aux buprestes que l'on doit attribuer exclusivement cet acci-

dent, ou plutôt ce malheur, et si la nature, la qualité et l'état des herbages n'y ont pas une plus grande part. C'est au surplus ce que nous croyons plus exact.

Cette indigestion est annoncée par un assez grand nombre de signes, qui se manifestent avec plus ou moins de promptitude ou avec lenteur. Souvent l'invasion en est peu apercevable, et même cachée quelquefois, et ce n'est que lorsqu'elle est déjà portée à un certain degré, et qu'elle a fait quelques progrès, que l'on s'en aperçoit au gonflement du flanc gauche qui, lorsqu'on passe la main dessus, n'offre plus d'autre résistance que celle due à la présence de l'air dans le rumen. Ce gonflement augmente de plus en plus, et s'élève au-dessus de l'épine du dos; le malade tend le cou et se plaint; la respiration s'accélère, s'exécute avec difficulté, et l'ouverture des naseaux se dilate. Le rumen ayant acquis un énorme volume, le thorax est rétréci par le rapprochement du diaphragme, l'organe pulmonaire se trouve dans l'impossibilité de se dilater, et l'animal est sur le point d'être asphyxié. Cette même pression sur le diaphragme intercepte aussi l'action du foie, de la rate, de l'aorte et de la veine cave postérieure, de sorte que le sang est obligé de refluer vers la tête. En outre, l'animal ne mange plus, ne rumine plus, a le pouls embarrassé, reste dans un état de stupeur, a les oreilles couchées en arrière, grince des dents, et rend de temps en temps des rôts qui exhalent une odeur acéteuse. La langue est pâteuse et pend quelquefois hors de la bouche. Il survient des momens de rémission plus ou moins prolongés, après lesquels la maladie paraît s'agraver, et qui sont suivis de sueurs très-marquées, de petitesse et d'accélération dans le pouls, et d'un nouveau dégagement de gaz, qui fait que le ventre résonne quand on le percute, sans donner aucun signe de fluctuation de matières liquides. La souffrance et l'anxiété augmentent en proportion, et lorsque la maladie est portée à un très-haut degré, l'animal prend une attitude qui indique une très-grande douleur; il a les jambes écartées, ou quelquefois rapprochées du centre de gravité; il est raide, comme insensible et immobile, ou, s'il peut changer de place, il ne peut faire que des petits pas; ne pouvant fléchir son corps, il ne se couche plus. Pour peu que cet état persiste, la bouche reste ouverte et remplie de bave, le pouls devient dur et serré, les vaisseaux de la tête sont très-gorgés, les yeux sont saillans, la conjonctive, la muqueuse pituitaire et la buccale sont chaudes et enflammées, la respiration devient presqu'impossible à effectuer, l'animal pousse des cris plaintifs, mugit, s'agite, et après ces crises violentes, il ne peut plus soutenir sa tête; ses yeux s'éteignent, les ailes du nez se soulèvent convulsivement, on n'aperçoit plus de mouvement dans

le flanc, le pouls s'efface, devient imperceptible, l'accablement est à son comble, le malade chancelle, des sueurs froides coulent de la tête, de la poitrine et du ventre; il éprouve des tremblemens, et un froid général s'empare de son corps; il se laisse tomber, et périt ainsi dans des convulsions, après avoir rendu ou en rendant, par les naseaux et la bouche, une quantité plus ou moins considérable de matières vertes bouillonnantes. D'autres fois, et surtout dans les brebis, la mort est immédiatement suivie de l'émission par la bouche d'un sang noir et décomposé; c'est ce que les bergers nomment *sang-bouillant*.

Il arrive quelquefois que ces symptômes se succèdent avec une telle rapidité qu'il est impossible de les remarquer et d'en suivre la progression; alors, si l'on ne secourt promptement les animaux, ils périssent indubitablement en trois ou quatre heures de temps, le trouble subit qui s'est manifesté ayant en très-peu de temps porté immédiatement atteinte au principe vital dans les organes les plus essentiels. Si l'invasion est plus lente, elle met quelquefois plusieurs jours à opérer son développement, ce qui donne le temps de la reconnaître, permet d'employer contre elle les moyens convenables, et met par conséquent dans la possibilité d'en triompher quelquefois. En tous cas, l'affection est d'autant plus redoutable qu'elle se répète plus souvent, et que les alimens qui l'occasionent sont plus pernicieux ou en plus grande quantité. Quand ces alimens sont des plantes aquatiques et marécageuses, telles que roseaux, laiches, renoncules, ésules, tithymales, etc., les unes par leurs angles et leurs tranchans, les autres par l'âcreté de leurs sucs, déterminent encore plus sûrement l'irritation de la membrane muqueuse du rumen, et les désordres qui en sont la suite inévitable. La correspondance sympathique des organes digestifs avec le système entier, avec le cerveau en particulier, qui, dans cette indigestion, reçoit plus de sang que dans l'état d'intégrité de santé, et se trouve comprimé comme dans l'apoplexie sanguine, cette correspondance, disons-nous, influe sur les nerfs, met obstacle à leur action, et paraît détruire la vie en faisant perdre aux foyers essentiels de la vitalité, le principe qui en excite et entretient le jeu et l'harmonie.

Les désordres observés à l'ouverture des cadavres éclairent tout à fait sur ce que nous venons d'exposer. En général, s'ils ont conduit promptement l'animal à la mort, ils sont plus sensibles et plus marqués sur l'encéphale et ses enveloppes que sur les organes digestifs, tandis que le contraire se remarque quand l'animal résiste plus long-temps à la maladie.

Ces désordres, en ce qui concerne le cerveau, sont, suivant Chabert, l'inflammation de ce viscère, celle des ménin-

ges, et celle des plexus choroïdes, qui sont très-engorgés, ainsi que les ganglions et les vaisseaux logés sous le cervelet : cette même inflammation s'observe encore dans les méninges des bras et des cuisses de la moelle allongée ; les ventricules de l'encéphale, les ventricules olfactifs sont remplis d'un sang clair et décomposé; ce même fluide est encore répandu entre la méninge et la méningine, avec cette différence qu'il est ici mêlé avec beaucoup de globules d'air ; les sinus falciformes et latéraux sont gorgés d'un sang noir et épais ; l'ethmoïde, la cloison cartilagineuse qui sépare les naseaux, les cornets du nez et la membrane pituitaire dans toute son étendue, sont épaissis, boursouflés, injectés et noirs ; enfin les sinus frontaux et maxillaires sont remplis de sang ou de matière sanguinolente.

A l'ouverture du bas-ventre, on trouve le rumen et le bonnet extrêmement distendus et dilatés, le foie et la rate comprimés, desséchés et désorganisés ; la couleur de ces viscères est blafarde, et leur substance cassante. On les a trouvés quelquefois déchirés ; mais cette rupture a été bien rarement accompagnée d'épanchement sanguin dans l'abdomen. Le feuillet est rempli de matières desséchées, la caillette et les intestins contiennent des fluides sanguinolens, d'apparence glaireuse. Tous ces viscères, ainsi que les reins et l'utérus sont toujours plus ou moins enflammés. Dans les femelles pleines, on trouve des cotylédons détachés de l'utérus, et plus ou moins de sang répandu entre cet organe et le chorion, le fœtus de couleur blafarde, mort ou mourant, et les eaux de l'amnios plus ou moins colorées en rouge.

Quant au thorax, les poumons sont flétris, rétrécis et maculés par de larges taches bleuâtres ou noirâtres, les bronches sont remplies de mucus écumeux et sanguinolent, le péricarde plein d'eau très-colorée, les oreillettes et les parois des ventricules du cœur plus ou moins distendues.

Ces lésions sont toujours plus fortes et plus marquées dans les bêtes à laine que dans les bêtes à cornes, parce que celles-ci résistent infiniment moins à la maladie que les premières.

Le traitement doit être en rapport avec l'intensité, comme avec le degré plus ou moins avancé de la maladie. Il est des indigestions si légères qu'elles se dissipent avec de faibles secours, tels que la diète, les lavemens émolliens, la promenade, les bouchonnemens, et quelques bouteilles d'eau salée ou d'eau de savon en breuvage; mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Dans tous les cas, il faut faire cesser de suite la cause occasionelle, et prescrire la diète la plus sévère. Si la maladie commence, et ne paraît pas devoir suivre une marche très-rapide, il est présumable

que l'irritation qui la produit n'est pas encore très-développée, et alors on réussit quelquefois à la faire avorter pour ainsi dire, en employant des agens toniques et même excitans. C'est dans ce cas qu'on ajoute des breuvages alcalins aux moyens précédens, et s'ils sont insuffisans, il est nécessaire de chercher de suite des secours plus actifs et d'un effet plus prompt. Comme il importe de n'aller que par degrés, l'on peut d'abord essayer l'eau de savon, ou la lessive faite avec la cendre de bois non flotté, ou avec le carbonate de potasse ou de soude; mais le moyen le plus efficace de tous, quand les autres ont échoué, c'est l'ammoniaque liquide à la dose d'un décagramme (ou deux à trois gros) dans un litre d'eau froide, et réitéré toutes les heures. Des praticiens assurent avoir donné au bœuf et à la vache jusqu'à trente-deux grammes (une once) en une dose, et en avoir obtenu presque de suite l'affaissement des flancs. Chabert recommande l'éther sulfurique à la dose de six grammes (deux gros) pour le bœuf, et de quart de dose pour la brebis, aussi réitérée toutes les heures dans une infusion refroidie de fenouil, de menthe ou de sauge. Delabère-Blaine conseille trois grammes (un gros) d'éther nitrique, et même la teinture d'opium dans l'eau d'orge; mais la médication narcotique de ce dernier médicament doit rendre très-réservé sur son admission.

Malheureusement le vulgaire ne discerne pas, et fait tous les jours un grand abus des moyens excitans dans tous les cas, dans celui même où des symptômes d'irritation véhémente sont manifestes, quoique toujours le mal s'en aggrave; mais l'exemple et l'expérience ne corrigent pas toujours. Dans ce dernier cas, les moyens précédens seraient sûrement nuisibles, et c'est parmi les émolliens, les adoucissans et les calmans qu'il faut choisir des armes contre l'indigestion gazeuse de cette espèce. Un médicament qui nous a paru constamment efficace dans cette circonstance, c'est le camphre en bols, associé avec le nitrate de potasse, ou en lavage, au moyen du jaune d'œuf, qui sert à le suspendre dans l'eau. Nous l'avons employé de l'une et de l'autre manières en plusieurs occasions, et nous pouvons assurer nous en être très-bien trouvés, alors même que des symptômes de réaction commençaient à se manifester.

Dans le cas où la maladie a de la tendance à se prolonger sans amendement notable, il m'est arrivé d'administrer avec succès le tartrate de potasse et d'antimoine en grand lavage, à la dose d'un à deux grammes (dix-huit à trente-six grains) pour les grands animaux, en une ou deux fois à quelques heures d'intervalle, et à la dose d'un demi-gramme (neuf grains) pour la brebis et la chèvre.

Quand l'affection débute d'une manière très-intense, avec des symptômes inflammatoires qui se succèdent rapidement, avec des signes de réaction cérébrale et de turgescence sanguine succédant aux premiers phénomènes, c'est le cas de recourir promptement à la saignée, qui a souvent soulagé en peu de temps, quand on l'a pratiquée au bout de six heures, et même avant, c'est-à-dire dès que l'embarras de la circulation s'est manifesté. On l'a même alors réitérée avec avantage.

En dernière analyse, si rien n'a pu diminuer l'accumulation gazeuze, on est obligé d'avoir recours à des moyens mécaniques pour soustraire une partie des gaz, et cela sans attendre que le malade soit dans un état désespéré, car il n'est pas douteux que c'est par ce retard timide et funeste que la ponction du rumen, dernière ressource, est discréditée dans plusieurs cantons. Il faut donc se décider à cette opération dès qu'elle est nécessaire. Elle se pratique de plusieurs manières. Quand on a un trocart à sa disposition, l'on en appuie l'extrémité sur le milieu du flanc gauche, à égale distance de la dernière côte, de l'angle de la hanche et des apophyses transverses des vertèbres lombaires; on l'enfonce verticalement, en traversant la peau et les muscles abdominaux, et en pénétrant dans le rumen jusqu'à ce que le fond du pavillon touche la peau. On peut aussi préliminairement faire une incision aux tégumens, pour préparer et faciliter l'introduction de l'instrument. On saisit ensuite d'une main le pavillon, on le maintient près de la peau, on retire la tête de côté pour n'être pas incommodé par le gaz qui va sortir, et de l'autre main on ôte le trocart, en laissant la canule enfoncée. L'air sort aussitôt avec impétuosité et en fusée; bientôt les parois du ventre se resserrent, et la bête éprouve un soulagement marqué. Cet air n'est, à la vérité, qu'un effet de la maladie, et son expulsion ne remédie pas précisément à la cause; mais du moins le résultat produit sur-le-champ un grand bien, et donne le temps d'attendre l'effet des médicamens.

Il arrive quelquefois qu'on se trouve dans des circonstances où le moment est urgent, et où l'on ne peut se procurer de suite l'instrument convenable pour l'opération; on se sert alors du premier instrument tranchant que l'on trouve, soit couteau, soit bistouri, et l'on assujétit dans le rumen, par deux cordons ou bandes autour du corps, un bout de roseau, ou un tube de sureau dégagé de sa moelle.

Comme le gaz continue de se dégager, même long-temps après l'opération, il convient de laisser le tube en place jusqu'à ce qu'il ne s'en dégage plus, et de le visiter de temps en temps, parce qu'il s'élève dans ce canal des matières vertes, écumeuses ou bouillonnantes qui le bouchent, et alors les ac-

cidens reparaissent, de même que si l'on retirait trop tôt le tube. On le dégorge alors en y glissant une baguette lisse. On peut d'ailleurs pomper l'air et les matières liquides avec une seringue adaptée au tube, de laquelle on peut aussi se servir, ou d'un entonnoir, ou d'une corne, pour introduire commodément dans le rumen les substances médicamenteuses toniques qu'il est quelquefois nécessaire d'y faire parvenir, quand, après la vacuité de ce viscère, ses parois ne recouvrent plus la faculté contractile qui les fait revenir sur elles-mêmes. Il a quelquefois suffi que la canule du trocart restât une demi-heure dans la plaie; mais il est prudent de l'y tenir plus long-temps, toujours jusqu'à ce qu'on ne voie plus le météorisme se reproduire, et qu'il ne se dégage plus de gaz. Il est rare qu'elle doive y demeurer plus d'un couple de jours; cependant on est quelquefois obligé de l'y laisser jusqu'au cinquième ou au sixième jour, et même quelquefois jusqu'au quinzième. Dorfeuille a trouvé des cas où il a fallu faire tenir le tube fixé pendant plusieurs mois, ce qui est très-malheureux, car le canal finit par s'affaiblir, par son contact avec les matières, et la présence long-temps prolongée d'un semblable corps étranger dans la plaie en irrite les bords et y fait naître divers accidens. Si la météorisation se renouvelle, il faut réitérer l'opération. La canule retirée, on nettoie la plaie avec de l'eau tiède, on fait une suture à la peau, ou bien on laisse la réunion s'opérer d'elle-même, sans s'inquiéter de quelques bouillonnemens, dès que le météorisme ne reparaît pas.

Cette opération hardie n'est pas toujours exempte d'accidens. Si on referme trop tôt l'ouverture, ou si l'on réunit par une suture celle du rumen, outre le renouvellement de la maladie, il survient une inflammation locale très-grave, dont l'issue est ordinairement funeste. D'autres fois il survient une tuméfaction à l'endroit de l'opération ou dans les environs; il s'y établit même des abcès considérables et des œdèmes dans les parties inférieures. Ces accidens, moins graves que le précédent, doivent être traités suivant leur nature et leur position. La plaie est aussi sujette à devenir calleuse, comme un grand nombre des plaies du bœuf, et surtout dans l'indigestion gazeuse chronique dont nous parlerons, à cause du gaz hydrogène qui irrite les bords. Alors elle ne se ferme pas ordinairement avant quinze jours ou trois semaines, et même davantage. Dorfeuille, que nous venons de citer, a eu à traiter, de cette indigestion, un bœuf qui en demeura affecté près de quatre mois. Après six jours d'un traitement méthodique inutile, il se décida à la ponction du rumen, qui soulagea et guérit sur-le-champ; mais chaque fois qu'on voulait retirer la canule, ou qu'elle sortait spontanément, la maladie renaissait plus grave qu'auparavant.

On remettait l'appareil, et le bœuf reprenait bientôt sa santé, son appétit et ses travaux ordinaires. On ne sait combien de temps cela eût pu durer; mais à la fin du quatrième mois, l'on trouva un matin le bœuf plus météorisé qu'il ne l'avait encore été, et l'on s'aperçut que la canule avait disparu : elle s'était cassée dans son milieu, et l'on en trouva la moitié dans la litière. L'animal était près de suffoquer. Le propriétaire, fatigué de l'expérience, abandonna le bœuf à son malheureux sort, et il mourut quelques heures après. A l'autopsie, on ne trouva d'autres lésions que celles qui sont particulières et ordinaires à ce genre d'affection; l'autre moitié de la canule du trocart a été trouvée mêlée avec les alimens contenus dans le rumen.

Depuis, l'on a imaginé un nouveau moyen de faire sortir l'air par la bouche, à l'aide d'un tube long et flexible que l'on fait parvenir par l'ouverture buccale dans le rumen du bœuf et dans celui du mouton, et Delabère-Blaine dit qu'on peut ainsi donner issue à l'air quand le cas n'est pas très-urgent. C'est le docteur Monro, d'Edimbourg, qui a inventé ce tube, fait de fil de fer ou de laiton, tourné en spirale autour d'un bâton rond, de sept à huit millimètres (cinq lignes) de diamètre, et de deux mètres (six pieds) de long, pour le bœuf. On le recouvre d'une bande de cuir que l'on coud, et l'on retire le bâton. A l'une des extrémités, on noue le cuir sur une olive d'étain creuse et percée de plusieurs petits trous. Pour empêcher le tube de se plier, on passe dans tout sa longueur un stilet en fil de fer de trois millimètres (deux lignes) de diamètre; et au moment de l'appliquer, on place un *speculum oris*, qui tient les mâchoires ouvertes, on introduit le tube par le pharynx, on retire le stilet, et l'air a une issue par la bouche. On peut aussi laisser ce tube long-temps en place. Il suffit, pour le mouton, qu'il ait la longueur d'un mètre (trois pieds).

Un fermier de Graffham, nommé Eages, a beaucoup perfectionné ce procédé par l'invention d'un instrument qui lui a valu cinquante guinées de la Société d'encouragement pour les arts. C'est tout uniment une canne longue de deux mètres, et terminée par une bosse au bout qui doit parvenir dans le rumen. Ce fermier procure ainsi très-bien la sortie de l'air; il nous semble que quelqu'un qui aurait de l'adresse, obtiendrait le même succès avec le manche d'un long fouet de charretier.

Schreger assure que Viborg et Frenzel ont réussi sur la brebis, en employant un petit bâton de saule flexible, au bout duquel on attache, avec un fil de fer, un tampon de mousse ou de laine. On couche, dit-il, la bête sur le dos, on étend la tête dans la direction du cou, on enfonce le bâton, et le chatouillement par le tampon que l'on tourne en tous sens, excite l'animal à expulser l'air.

Ces derniers procédés n'ont pas été, que nous sachions, essayés en France, et nous ne pouvons rien dire du résultat de leur application.

3°. L'indigestion gazeuse compliquée aiguë est toujours accompagnée d'ingurgitation; le gaz dégagé est toujours du gaz hydrogène, et ce gaz, au lieu de rester dans le rumen, se trouve en même temps dans les quatre estomacs et les intestins, souvent dans le tissu cellulaire qui les environne, et même quelquefois dans la cavité de l'abdomen. La marche de l'affection est aussi beaucoup plus lente, et le temps qu'elle met à se développer est beaucoup plus long que dans l'autre cas. Elle s'en distingue encore par la dureté du rumen, à cause de la masse alimentaire.

Cette affection paraît plus particulièrement occasionée par un excès de grains de toutes espèces, et surtout par la quantité de son que les meûniers et les fariniers donnent à leurs bestiaux. La qualité fâcheuse des autres alimens ingérés, y contribue aussi, de même que toutes les causes dont nous avons parlé en traitant de l'indigestion précédente.

Les symptômes de ce genre d'indigestion sont les mêmes, à peu de chose près, que ceux de l'indigestion gazeuse simple; seulement le rumen est ordinairement surchargé d'alimens. En faisant avec le poing une pression sur la région de l'estomac, cette surcharge se reconnaît facilement au flanc gauche; la main, après avoir refoulé l'air, parvient bientôt à la masse alimentaire, qui résiste comme une pâte.

On trouve, en général, à l'ouverture des cadavres, tous les désordres, ou la plupart des désordres déjà décrits, et en outre l'estomac contient un excès, quelquefois énormément volumineux, d'alimens mal broyés, n'ayant encore subi que peu ou point d'élaboration. Souvent encore l'on rencontre une rupture au diaphragme ou au rumen, ou à l'un et à l'autre en même temps. Dans de tels cas, les alimens sont répandus dans la cavité thorachique ou abdominale. Cette rupture, qui a souvent lieu avant la mort, est annoncée par une diminution subite dans le volume du rumen, et par le soulagement momentané qu'éprouve l'animal; mais bientôt après le gonflement général est plus fort, les convulsions surviennent, et l'animal succombe. D'autres altérations pathologiques montrent assez qu'il est mort victime d'une irritation inflammatoire très-intense. On remarque en effet des épanchemens sanguins dans le rumen, la caillette et les intestins grêles, souvent les parois de ces viscères sont noires et gangrénées, le foie et le diaphragme sont évidemment enflammés, et les reins très-gorgés.

Le volume excessif du rumen, la distention et la dilatation énorme et rapide des estomacs, la présence dans ces organes

d'un fluide gazeux irritant, en abondance, l'énormité de la masse des matières alimentaires, tout dans l'indigestion gazeuse compliquée rend le danger très-pressant, interdit toute temporisation, et oblige de donner d'autant plus promptement issue au gaz hydrogène accumulé, et aux alimens en même temps, que les moyens les plus actifs que nous avons indiqués sont toujours insuffisans. On ne peut parvenir à ce double effet que par une ouverture suffisamment étendue, pratiquée au flanc gauche, en plongeant le bistouri à deux travers de doigts au-dessus du lieu indiqué pour la ponction simple. Le dos de l'instrument doit être dirigé du côté des apophyses transverses des vertèbres lombaires; on enfonce la lame jusqu'au manche; alors par un second temps, et en retirant le bistouri, on prolonge l'incision en contre bas jusqu'à ce qu'elle ait quatre à cinq travers de doigt de longueur dans les bêtes à cornes, et trois ou quatre décimètres, ou environ deux pouces, dans le mouton et la chèvre. L'on conçoit la nécessité de faire cette incision en un seul temps, de façon à opérer à la fois la section des tégumens, des couches musculaires et du rumen, parce qu'il est très-essentiel que l'ouverture de ces différentes parties soit uniforme, et qu'elles se correspondent exactement. Si celle du rumen était plus grande que celle de la peau et des muscles, il en résulterait l'épanchement des matières entre ces surfaces vivantes. Il importe donc de tenir le bistouri bien assujéti, de l'enfoncer avec force, et de le retirer avec dextérité par un mouvement uniforme, en baissant la main de manière à ce que le tranchant agisse de préférence sur la peau, celle-ci présentant plus de résistance que les autres parties. Dès que cette incision est faite, et même avant qu'elle soit entièrement pratiquée, l'air et les matières commencent à sortir; mais l'évacuation qui s'opérerait ainsi spontanément serait insuffisante, il faut absolument en venir à l'extraction d'une bonne partie des alimens. On a proposé, pour cet effet, de se servir d'une curette en forme de cuiller, ce qui permettrait de faire l'incision plus petite, mais l'on a reconnu que la main est bien préférable, afin de ne pas laisser échapper des portions d'alimens entre le rumen et les parois de l'abdomen, ce qui y porterait des corps étrangers qui détermineraient d'autres accidens graves. La quantité des matières alimentaires qu'on est forcé d'extraire ainsi du rumen est toujours considérable. On en retire communément deux à trois décalitres du rumen de la vache, et l'on y est nécessité par rapport à l'entassement et au volume réel des matières. Souvent il suffit d'en obtenir la moitié de cette quantité, et de délayer le reste en versant ou en injectant des liquides, comme on va le dire. Il est toujours pru-

dent d'éviter d'enlever les alimens en entier, et d'avoir égard aux forces de l'animal, car si l'on vidait complétement le rumen, ses parois pourraient tomber dans l'affaissement, et ne pas recouvrer en temps utile la faculté contractile propre à en rétablir l'élasticité et le ressort naturel. En évacuant ainsi la grande poche de l'estomac, il faut ménager beaucoup ses parois et les bords de la plaie; des meurtrissures sur les premières de ces parties ne peuvent qu'être suivies d'effets fâcheux, et des déchiremens seraient inévitablement funestes. Quant à la plaie, elle se cicatriserait d'autant plus difficilement qu'elle aurait été plus fatiguée. Après cette opération, l'air entre du dehors et sort alternativement avec un certain bruit, dans les mouvemens que fait l'animal. On profite de l'ouverture pour introduire dans le rumen, au moyen d'un entonnoir ou d'une corne, les breuvages que nous avons prescrits pour l'indigestion gazeuse simple, et on les continue par cette voie aussi long-temps qu'ils sont nécessaires. On nettoie bien soigneusement la plaie de toutes les parties d'alimens qui ont pu s'attacher à sa surface, et l'on se sert à cet effet d'une éponge, de linge doux ou d'étoupes mollement roulées, imbibées d'eau vineuse tiède ou alcoolisée, si la plaie paraît fatiguée. On la recouvre ensuite d'un large plumasseau chargé de térébenthine, et ce n'est que beaucoup plus tard, que quelque temps après que l'indigestion est regardée comme complétement guérie, que l'on peut songer à pratiquer au rumen une suture à surjet, et une suture enchevillée aux muscles abdominaux; mais le plus souvent ces précautions sont inutiles, quelques points de suture à la peau et un emplâtre agglutinatif suffisent, la nature se chargeant d'ailleurs du soin de compléter la réunion. Le plus souvent le rumen, dans l'endroit de la plaie, adhère aux parois abdominales, et se ferme en même temps qu'elles.

Après une opération de cette gravité et de cette importance, la diète est de rigueur pour ne pas surcharger le rumen d'alimens, et l'on ne risque jamais rien de la prolonger le plus possible. Les liquides, dont une grande partie passe immédiatement dans le dernier estomac, sont préférables, et doivent être employés seuls les premiers jours; ils seront d'abord émolliens si le foyer de chaleur ou l'irritation est considérable, et si l'on a lieu de craindre une réaction générale, autrement ils se composeront des infusions de plantes amères ou aromatiques. Ce ne sera que quand n'aura plus bien décidément à craindre de récidive, lorsque la plaie commencera à se fermer, qu'on pourra donner un peu d'alimens solides substantiels et de facile digestion.

4°. Quoiqu'en général les moutons, qui vivent plus libres,

soient moins exposés à l'accumulation et à la dureté des alimens dans le rumen, on voit quelquefois l'indigestion gazeuse se développer dans tout un troupeau de ces animaux, quand on les conduit dans un pâturage mouillé ou trop abondant où ils peuvent se gorger trop vite d'alimens, tel que les prairies artificielles de sainfoin, de luzerne et de trèfle surtout. Il faut alors faire marcher, courir même le troupeau; c'est le seul moyen quand on est pris au dépourvu, et quand il se trouve un grand nombre d'animaux ainsi affectés à la fois. Les bergers y ajoutent des bols de beurre, ou des breuvages mucilagineux, qu'ils forcent les malades d'avaler. Lorsque le mouton est fortement attaqué, il résiste très-peu d'instans, et tombe mort. Si les premiers moyens et les frictions sur le dos et le ventre ne procurent pas d'amendement, le mal devient très-grave, et il importe d'en prévenir l'intensité fâcheuse en recourant promptement aux divers modes de traitement indiqués pour les indigestions précédentes, en choisissant le plus convenable pour la circonstance. Quand on a de tels pâturages à donner aux troupeaux de bêtes à laine, il faut, pour prévenir l'indigestion, les conduire d'abord dans des lieux où la nourriture est moins abondante, moins succulente, ne les mettre dans les premiers que quand l'appétit est très-diminué, et ensuite ne les y pas laisser trop long-temps. En général, le moyen de préserver les moutons de la météorisation, c'est d'avoir l'attention de ne pas leur laisser manger une trop grande quantité de nourriture, tant à la bergerie qu'aux pâturages, et de s'abstenir de les faire entrer dans les prairies à herbe tendre, quand elle n'est pas assez sèche, ou de ne les y retenir pas trop de temps, mais plutôt de les y faire passer rapidement, de manière qu'ils ne mangent que la pointe des feuilles; il vaut mieux que les troupeaux n'en prennent que très-peu, et les y ramener à plusieurs reprises, pour leur donner la facilité d'en digérer une partie, et pour que le rumen ne soit pas brusquement distendu. On est dans l'usage, en quelques endroits, de couper du trèfle ou de la luzerne, ou des pois ou vesces en vert, pour les donner aux bêtes à laine dans les bergeries, ou pour les placer dans des rateliers qu'on transporte dans les champs mêmes qui produisent ces plantes; mais on en fait faucher chaque jour d'avance, pour qu'elles se flétrissent, c'est-à-dire commencent à se dessécher, avant que les animaux les mangent. Cette précaution, qui est très-sage sans doute, a été sûrement dictée par la crainte de la météorisation.

5°. L'indigestion gazeuse chronique est due à la répétition de plusieurs indigestions, et peut être occasionée par la mauvaise qualité des alimens, par des fourrages poudreux, moisis,

des eaux bourbeuses et impures, ou par un état particulier des estomacs, ou des organes qui l'avoisinent, ou bien enfin par la mauvaise méthode que l'on a de laisser les animaux long-temps renfermés dans des logemens humides, malsains, non aérés.

L'indigestion gazeuse chronique, toujours essentielle, et qui n'est jamais l'effet secondaire de l'état aigu de la même affection, s'annonce par un état inflammatoire particulier, qui bientôt se change en un état opposé; mais ce second état, réel ou apparent, n'est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, que l'effet d'une irritation sourde, d'une phlogose chronique de quelque portion de la surface muqueuse du tube digestif. Au début, le pouls est plein et dur, ensuite et assez promptement il devient petit et concentré. En général, la marche de cette variété est moins rapide que dans les variétés précédentes; l'affection se développe assez lentement pour permettre toujours l'emploi des remèdes; néanmoins elle porte une plus profonde atteinte aux viscères, et demande plus de temps, de soins et de méthode dans le traitement. Long-temps avant qu'elle se déclare, l'appétit se dérange, se déprave, et cesse quelquefois. Les digestions sont imparfaites, la rumination est lente et irrégulière; les excrémens sont plus foncés en couleur, plus secs, et d'une odeur plus forte et plus pénétrante; les rots sont plus fréquens et d'une odeur d'œufs pourris; ils sont ordinairement précédés par le gonflement du flanc gauche; le mufle est sec, les yeux sont chassieux, le poil est terne, la peau sèche et adhérente, et l'épine dorsale plus sensible. Quand la maladie est portée au plus haut point, le rumen est et demeure météorisé; les déjections par l'anus sont supprimées; l'animal est faible, il se plaint, reste couché; sa respiration est laborieuse. Sur la fin, il y a souvent dureté excessive du rumen et du feuillet, quelquefois emphysème partiel ou général, toujours anxiété extrême. Le malade ne tarde pas alors à succomber. Ces effets, toujours moins subits et moins actifs que dans les indigestions aiguës, se dissipent souvent d'eux-mêmes, pour reparaître quelque temps après, au grand préjudice des animaux. Les vaches y sont infiniment plus exposées que les moutons. La maladie est non-seulement une cause d'avortement, mais encore celle de la détérioration des viscères du bas-ventre et de la poitrine, de l'atténuation et de l'annulation de leurs fonctions, et ce n'est même qu'à cette dernière époque que l'indigestion dont il s'agit est meurtrière.

Le premier moment, celui d'une certaine irritation, d'une certaine phlogose appréciable de la membrane muqueuse des voies digestives, est nécessairement fort court et fort difficile à saisir; d'ailleurs, dans des animaux aussi froids et aussi apa-

thiques que les ruminans, et dans une de leurs affections de cette nature, il est si rare qu'on puisse employer à temps le traitement antiphlogistique, il serait si nuisible de relâcher trop ou trop long-temps, et la juste mesure est si incertaine, qu'il vaut mieux en général s'en tenir, dans les premiers momens, à la médecine expectante.

Mais lorsque les symptômes dénotent une atonie plus ou moins profonde dans les principaux organes de la digestion et dans les forces digestives, il convient de les fortifier par l'usage de substances d'abord peu toniques et ensuite plus énergiques; il convient même d'y associer d'abord des substances évacuantes pour débarrasser préalablement les estomacs et les voies postérieures des alimens et des matières dures et accumulées qu'ils contiennent et qui peuvent s'opposer à l'expulsion des gaz. Toutefois l'action stimulante des purgatifs ne doit être mise à contribution qu'avec la plus grande réserve, attendu l'espèce de *collapsus* du tube digestif qu'elle peut entraîner; il faut donc choisir les médicamens de cette classe les moins actifs, et les administrer sous une forme délayée qui en atténue l'impression sur la membrane muqueuse de ce tube. Ainsi on donnera d'abord des dissolutions de nitrate de potasse et d'hydrochlorate de soude; trois ou quatre onces de l'une ou l'autre de ces substances, dissoutes dans deux litres d'eau, devront être administrées dans le jour trois ou quatre fois. On les intercalera avec l'administration d'une infusion de plantes amères, qu'on rendra d'autant plus forte qu'on avancera davantage dans le traitement, et on s'arrangera de manière à donner en tout sept à huit litres par jour à l'animal. Les lavemens toniques et purgatifs concourront aussi à remplir la même indication. On supprimera ces dissolutions de sel dès qu'elles auront produit des évacuations, et on les remplacera par de fortes infusions de plantes amères et aromatiques, rendues plus toniques et plus excitantes par l'addition d'un peu de vin et même d'eau-de-vie. Une chose qui n'est pas à négliger, parce qu'elle est fort bonne et facile à pratiquer, c'est d'exciter la peau par des couvertures et par des frictions toniques, soit pour stimuler sympathiquement le canal digestif, soit pour détourner les fluides qui y affluent quand la peau ne remplit pas ou remplit mal ses fonctions perspiratoires. Dans l'homme, au rapport de Cullen, la tympanite a été guérie par l'application de la neige sur le bas-ventre : on pourrait tenter ce moyen dans les animaux, comme aussi l'application de la glace et des vésicatoires, qui peuvent être indiqués dans quelques circonstances. Malheureusement pour l'art, en fait d'expériences sur cette maladie fréquente, aux environs des grandes villes, sur les vaches laitières que l'on tient closes et dans

l'inaction, il est à peu près impossible de se promettre des succès que l'on ne doit attendre que du temps et de la persévérance, à cause de l'extrême faiblesse des animaux, et plus encore à cause de l'impatience des ménagères, qui se fatiguent d'attendre la suite et le résultat du traitement, et qui préfèrent livrer la bête au boucher, à vil prix, comme basse viande. A l'égard des alimens, ils doivent être de bonne qualité, moitié secs, moitié verts, mais en petite quantité, et l'on doit les continuer quelque temps après le traitement, avant de reprendre le régime ordinaire. Lorsqu'on n'a pu exciter des évacuations par l'anus, ni expulser une partie des gaz contenus dans les estomacs ou le canal intestinal, ou dans celui-ci et ceux-là en même temps, on voit le volume du ventre augmenter de plus en plus et les autres symptômes suivre une marche progressive; il est bien à craindre alors que l'inefficacité du traitement ne tienne à quelque lésion organique des organes de la digestion, ou de ceux qui y sont contigus. Dans une circonstance aussi fâcheuse, les meilleurs palliatifs sont même impuissans; l'on ne peut qu'être spectateur des accidens graves qui précèdent une mort inévitable, et l'on n'est même bien éclairé sur la nature de semblables lésions qu'à l'ouverture des cadavres. Enfin, si la météorisation devenait accidentellement assez forte pour faire craindre la suffocation, on aurait recours aux moyens indiqués pour les indigestions gazeuses aiguës.

6°. L'indigestion gazeuse est très-rare dans les herbivores à estomac simple; on n'en cite même guère d'exemples que dans les chevaux, mais elle est chez eux infiniment plus grave et plus dangereuse que chez les ruminans. Les causes sont en général les mêmes que celles de l'indigestion ordinaire. Dans toutes les exploitations rurales, l'on n'a pas toujours la précaution de placer hors de la portée des chevaux, la provision des alimens dont ils se montrent friands; quelquefois ils se détachent, et en mangent outre mesure. On commet aussi une autre imprudence volontaire, on donne au cheval beaucoup trop de ces alimens pour le rétablir vite à la suite d'une maladie qui l'a fait maigrir, ou simplement pour l'engraisser s'il a eu à pâtir auparavant; on ajoute à ces substances nutritives beaucoup de son et de mouture propres à empâter les animaux; l'on surcharge et l'on fatigue ainsi leurs organes digestifs, et l'on prépare des indigestions. Il est encore de ces chevaux gourmands qui mangent leur part et en partie celle de leurs voisins, surtout quand ils prennent le repas après l'heure accoutumée, et le danger redouble encore si c'est après une course, ou par un temps de forte chaleur, et si, dans cet état, l'on a laissé boire de l'eau froide. Une peur, une bles-

sure, une contrariété, un travail rude immédiatement après le repas, peuvent en outre avoir un effet fâcheux pour l'accomplissement de la digestion. Selon Sick, professeur vétérinaire à Berlin, l'affection qui nous occupe doit être attribuée à l'usage des champignons pernicieux. Loir, l'un de nos premiers vétérinaires à notre ancienne armée d'Orient, a vu l'indigestion gazeuse se déclarer sur quelques chevaux, après qu'ils avaient mangé du *persim*, espèce de trèfle que les Egyptiens mangent crû, comme nous mangeons les mâches. Plus anciennement elle a été observée par Barrier sur le cheval d'un marchand de farine, qui le nourrissait avec beaucoup de son, et qui, quand il en manquait, y suppléait par une espèce de petit gruau appelé *treffiot* dans la Beausse, où le fait a eu lieu en 1779. Farfouillon a vu, l'année dernière (1822), l'intestin d'une pouliche météorisé par l'arrêt d'une pelotte de matière fécale.

Le gonflement du ventre et le soulèvement des flancs indiquent la distension des entrailles. Le cheval qui l'éprouve gratte le sol avec un des pieds du devant, regarde son ventre, et quelquefois cherche à le frapper avec l'un des pieds de derrière. Il se place souvent pour uriner, mais c'est vainement, et si l'on introduit la main par le rectum, pour la porter sur la vessie, on sent qu'elle contient peu ou point d'urine. Le malade se couche en fléchissant brusquement les genoux, il s'abat et se relève alternativement; il se renverse d'un côté sur l'autre, et si on le promène, l'anxiété le porte à marcher à grands pas. Quelquefois aussi il rend des rots aigres-fades ou acides. Le danger est imminent si le ventre est très-gonflé, très-tendu et très-douloureux; alors la fièvre se développe, le pouls est dur et plein, la respiration laborieuse, très-difficile à s'effectuer, et n'y parvenant qu'à l'aide de l'ample dilatation des narines. Bientôt il se manifeste un resserrement opiniâtre malgré les meilleures injections émollientes, une sensibilité plus ou moins grande, un froid général qui succède à une grande chaleur, et presqu'aucune adhérence dans les crins qui viennent à la moindre traction. Ces symptômes précèdent une mort presque toujours certaine. Mais l'augure est moins fâcheux, et quelquefois heureux, quand on entend des borborygmes dus aux gaz qui font effort dans les intestins, et quand l'animal rend des vents et des excrémens en abondance. Les matières évacuées sont toujours mal digérées. Ces évacuations annoncent que l'irritation ou les étranglemens se relâchent; mais c'est un mauvais signe quand le contraire arrive, et quand les lavemens sont rendus sans mêlange d'excrémens. Cependant il survient un calme d'une durée variable; mais si les propriétés vitales des organes digestifs ne reprennent pas le

dessus, les douleurs ne tardent pas à reparaître, et plus le dégagement de gaz augmente, plus on voit redoubler la violence de l'anxiété. Quelquefois l'état inflammatoire est si prononcé, qu'il détermine sympathiquement l'afflux du sang au cerveau, à la rate et aux intestins.

A l'ouverture du corps, on trouve les intestins bouleversés, et en outre distendus par l'accumulation gazeuse ; l'estomac, et souvent l'intestin grêle, ont acquis le double ou le triple de leur volume ordinaire; la marche des symptômes a été alors plus rapide que quand la distension n'a eu lieu qu'au cœcum et au colon. L'estomac contient peu d'alimens broyés; il est gorgé de sang, ainsi que les intestins, l'épiploon et le mésentère. Les poumons sont bleuâtres, le cœur mollasse et distendu, ainsi que les reins; le foie et la rate sont déprimés. Quand il y a eu des symptômes de réaction cérébrale, il existe un engorgement sanguin au cerveau, et l'on trouve du sang noir dans les sinus falciformes et latéraux et dans l'ethmoïde et les cornets.

La première indication à remplir est de vider l'intestin rectum, et ensuite d'y injecter des liqueurs émollientes, mucilagineuses, laiteuses, et même rendues laxatives dès que les premiers momens sont passés. Il faut aussi administrer des breuvages adoucissans, délayans et calmans. La saignée ne doit pas être omise s'il y a des signes manifestes de réaction cérébrale ou de pléthore générale ou locale. Malheureusement ces moyens et tous ceux analogues qu'on pourrait y ajouter, sont trop souvent inutiles. Malgré leur emploi, les tranchées subsistent, la météorisation va toujours croissant, et les borborygmes, quoique continuels, ne sont suivis d'aucune émission de vents ni de déjections par l'anus. Le battement des flancs devient considérable, les pulsations de l'artère s'accélèrent, on en compte jusqu'à quatre-vingt-dix par minute; l'animal ne peut plus se tenir debout. La circonstance est des plus pressantes : aux grands maux les grands remèdes. Dans ce danger extrême, il n'y a qu'un moyen extrême qui puisse quelquefois offrir une ancre salutaire, et quelqu'incertain que soit ce moyen, il vaut encore mieux le tenter que de laisser périr évidemment le malade, sans chercher à le secourir. Ce moyen est la paracentèse. On a même proposé de la pratiquer avec un grand trocart courbe à l'estomac du cheval; mais cette opération, toujours très-dangereuse par elle-même, est-elle bien susceptible de quelque succès ? a-t-elle jamais été entreprise sur l'animal vivant, et dans un cas de météorisme de l'estomac? est-il même bien possible d'arriver à l'estomac et de le saisir? Nous ne prononçons rien. Toutefois, l'on a essayé avec moins de malheur la ponction intestinale, déjà très-difficile à

pratiquer, à cause de l'impossibilité de suspendre le mouvement vermiculaire des intestins, et de les déranger de l'hypochondre gauche dans lequel ils se trouvent en partie, flottant sur les parois externes de l'estomac. Cependant Barrier assure l'avoir faite avec succès sur deux chevaux. L'un étant couché sur le côté gauche, il enfonça le trocart dans la partie droite du ventre, vers la base du cœcum; sur l'autre il fit d'abord la ponction à la partie droite, et ensuite, vingt-quatre heures après, à la partie gauche, qui restait distendue. Le poinçon retiré de la canule, il se fit aussitôt une sorte d'explosion ou sifflement considérable de gaz hydrogène, qui s'enflamma vivement et subitement après avoir été mis en contact avec la lumière d'une chandelle. Le ventre s'affaissa aussitôt, la respiration devint plus libre, et le battement des flancs moins fréquent. Il ne prit plus au cheval envie de se coucher; au contraire, il se tint constamment sur les jambes, et se transporta d'un lieu à l'autre en cherchant à manger, ce qu'on ne lui permit pas de faire, se contentant de lui donner à boire, et il en acceptait volontiers. Ces deux chevaux, après avoir éprouvé des abcès, des œdèmes, et langui pendant quelque temps, guérirent bien; l'un d'eux fit un bon service à la charette. La même opération a été répétée par Hérouard, vétérinaire à Meaule, département de Seine-et-Oise, même assez fréquemment et avec beaucoup de bonheur. Farfouillon l'a aussi pratiquée dernièrement avec succès dans une pouliche, en perçant le flanc droit: douze heures après l'opération, la pouliche rendit une masse d'excrémens qui obstruait l'intestin, et à la présence de laquelle on attribuait le météorisme; quinze jours après, elle était tout à fait guérie. Au reste, la ponction dont nous parlons n'est pas ignorée de plusieurs auteurs, tels que Goulin, Vital, Paulet, Vicq-d'Azyr, Bourgelat et Chabert; mais nous croyons que ces deux derniers sont les premiers qui l'aient conseillée et pratiquée sur les chevaux. Voici comme Chabert s'exprime dans son *Cours pratique des maladies des animaux*, au sujet de la paracentèse:

« Il est encore une autre maladie qui tient le milieu entre la tympanite et la météorisation des estomacs; c'est une expansion très-forte du cœcum et du colon, en suite du dégagement successif de l'air, principe des alimens qu'ils contiennent, après la décomposition et l'altération totale de leurs parties constituantes. La maladie s'annonce par des coliques, l'enflure de l'abdomen, la sécheresse de la peau, le refus de tout aliment solide ou liquide, la fétidité des vents que l'animal rend par l'introduction de la main dans le rectum, qui met à même de reconnaître l'intestin météorisé. Le premier secours à porter ici, est la ponction; nous la pratiquons par ce même intes-

tin rectum, dans lequel nous introduisons la main et le trocart, nous en dirigeons la pointe sur la tuméfaction, et nous avons la plus scrupuleuse attention de tourner la tête lorsque nous tirons la tige de l'instrument, à l'effet de ne pas humer l'air qui sort par la canule, qui est quelquefois si pénétrant et si délétère, qu'il est capable de suffoquer et de renverser l'opérateur. J'en ai moi-même couru les risques, et j'ai vu la colonne de ce fluide s'allumer à la faveur de la flamme de la chandelle, qui éclairait à faire l'opération, de manière que l'écurie fut remplie, dans un instant, d'un météore aussi beau que surprenant. L'opération faite, nous avons recours aux breuvages et aux lavemens antiputrides et purgatifs. »

Quoique cette opération hardie et périlleuse ait quelquefois réussi, il ne faut pas l'entreprendre légèrement, et encore moins la considérer comme infaillible; l'issue en est presque toujours plus qu'incertaine, et pour ne pas être déçu dans son attente, et ne pas tromper par des espérances équivoques, l'homme de l'art ne la proposera jamais que comme un moyen désespéré qu'aucun autre ne saurait suppléer; il avertira du danger imminent que court le malade, et s'il se décide à l'application de ce moyen mécanique, ayant égard, bien entendu, à l'âge, à la stature et aux forces du sujet, ce ne sera qu'après avoir bien médité sur les phénomènes, particulièrement sur l'état du pouls, ce guide fidèle du vétérinaire comme du médecin, ce guide qui ne l'égare jamais, s'il sait en étudier attentivement la marche. Il importe ici d'en compter les mouvemens. Si les battemens sont au-delà du double plus fréquens qu'ils ne sont dans l'état de santé, la mort est proche, et elle est assurée et prompte s'ils sont triples. On ne risque donc rien de tout tenter à ce moment, si on ne l'a osé plus tôt. Peut-être serait-il mieux de le prévenir, et de ne pas attendre l'instant où la nature chancelante n'a plus assez de forces pour revenir sur ses pas lorsqu'on aura détruit son ennemi. Mais laissons cela à la sagacité de l'opérateur.

Après un article, trop court sûrement pour ne rien laisser à désirer, trop long peut-être pour l'ouvrage auquel il est destiné, mais que l'importance du sujet, le nombre et la variété de nos animaux domestiques n'ont pas permis d'abréger davantage, nous aurions peu fait sans doute, si nous n'offrions en terminant les moyens propres à prévenir les indigestions.

7°. Si, à l'égard de toutes les maladies, il est infiniment plus essentiel de chercher à les prévenir, que d'avoir à les guérir, c'est surtout aux indigestions que cette vérité est appliquable, et c'est par un emploi bien entendu des règles prescrites par l'hygiène qu'on peut concourir à remplir cet objet important. Le véritable secret d'éviter les circonstances

qui peuvent troubler l'acte de la digestion, est de bien choisir les alimens, d'en bien proportionner la dispensation, et d'accorder quelques momens de repos avant et après les repas. Nourrir les animaux avec une juste mesure, leur fournir des alimens sains, ne point les laisser dans une inaction fâcheuse, les occuper, les uns par des travaux, les autres par des exercices modérés et soutenus; c'est ainsi que leur appétit s'entretiendra, qu'ils se livreront d'une manière profitable au repos et au sommeil nécessaires, et qu'ils ne trouveront point le temps de suivre des goûts dépravés, dont les résultats entraînent toujours des accidens. Mais descendons à des considérations plus particulières.

En ce qui concerne les alimens verts que l'on fait paître dans les herbages, les prairies naturelles et artificielles, les guérets et les jachères, l'usage en est d'autant plus dangereux qu'ils sont plus appétissans et plus abondans, et que les animaux sont davantage pressés par la faim. Il est donc essentiel que ceux-ci aient déjà satisfait au premier besoin quand on les conduit sur ces pâturages, surtout pour la première fois, comme d'attendre que le soleil ait dissipé la rosée, le brouillard ou la gelée, de ne laisser les animaux séjourner que très-peu à la fois sur ces lieux, sauf à les y ramener, afin qu'ils ne puissent se rassasier gloutonnement tout d'un coup, et que dans les intervalles ils puissent, par la rumination, assurer une bonne digestion. Au moindre sujet d'inquiétude il faut tenir les animaux toujours en mouvement, ne les laisser manger qu'en courant, ou mieux encore les ôter de ce lieu d'abondance et de danger dans le plus bref délai. Dans le pays de Caux, la ménagère attache sa vache dans les pâturages, au moyen d'un piquet et de deux longes; la bête ainsi attachée ne peut dépouiller une trop grande surface; mais après lui avoir donné un temps suffisant pour ruminer, on la conduit dans un autre endroit également garni d'herbages.

Le vert au ratelier peut être donné aussitôt fauché, pourvu qu'il ne soit pas mouillé, et à condition de n'en livrer que peu à peu, avec des intervalles. On peut sans inconvénient en offrir une brassée à la fois à chaque cheval ou à chaque bœuf, en ayant l'attention de laisser le ratelier vide pendant autant de temps que l'animal en met à manger cette quantité. Si l'on est absolument obligé de couper les herbes étant mouillées, car enfin il faut bien que les animaux mangent, et il est des momens de l'année où l'on n'a pas d'autre chose que la verdure à leur offrir, il faut autant que possible la faucher dix à douze heures d'avance, l'éparpiller pour éviter qu'elle ne s'échauffe et pour la sécher, et en donner moins à la fois. A la plus légère marque d'incommodité, il importe de retirer sur le champ

le vert à l'animal souffrant, de ne lui en offrir de nouveau qu'après son rétablissement parfait, et même de lui supprimer entièrement cette nourriture si les accidens se renouvellent trop souvent. Quant à la boisson, l'on ne doit la permettre qu'un certain temps, après que les animaux auront mangé.

Il arrive aussi quelquefois qu'on est absolument obligé de faire consommer du foin, de la vesce et autres végétaux herbacés nouvellement récoltés, avant qu'ils aient ce qu'on appelle *jeté leur feu*; il est bon alors de les asperger avec de l'eau salée, de mêler du sel à l'avoine, et de la donner sans être battue, ce qui fait que les chevaux en mangent moins, et sont forcés de la mâcher davantage. L'on conçoit qu'il faille être très-circonspect sur la quantité de semblables alimens.

Après de longues traites, des travaux considérables, des fatigues marquées, les animaux éprouvent un appétit très-prononcé, qu'on ne saurait satisfaire inconsidérément sans s'exposer à développer l'indigestion, surtout par un temps chaud : nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité de laisser ces animaux souffler et se calmer pendant une demi-heure, ou de les promener au petit pas pendant le même espace de temps, avant de leur permettre de manger ou de boire. On ne les remettra ensuite au travail qu'un certain temps après le repas, et l'on n'exigera d'eux qu'une allure lente dans les premiers momens où ils reprendront leur service.

Une autre précaution également propre à épargner des dangers, c'est d'exercer une surveillance particulière sur les animaux voraces qui avalent presque sans mâcher, et qui, quand ils sont les plus forts, écartent leurs camarades. Il serait à désirer qu'on pût placer à part de tels animaux, pour leur donner à chacun leurs alimens par petites rations à la fois.

La faim dévorante est peut-être la cause la plus commune des indigestions ; elle met en défaut l'instinct salutaire par lequel les animaux font élection des alimens sains et rejettent les substances nuisibles. C'est dire combien il est important d'espacer les repas de manière à ce que l'appétit soit servi en temps utile, et si l'on avait commis la faute de manquer à ce sage précepte, il faudrait nécessairement ne donner la nourriture qu'en petite quantité d'abord, et seulement pour apaiser le premier besoin.

A la fin de l'hiver, lorsque les provisions sont consommées, et qu'on manque de nouvelles herbes, on se hâte trop communément de conduire les animaux dans les bois, où, après avoir mangé des bourgeons des premières feuilles, surtout du chêne et du châtaignier, ils éprouvent une inflammation gangréneuse de l'estomac, à laquelle on donne le nom de *maladie des bois* (*Voyez* ce mot). Le commencement de l'automne est une autre

époque de souffrance pour les herbivores, parce que tous les champs sont ensemencés, qu'on n'a pas encore les nouveaux foins, et qu'il faut attendre que l'enlèvement des récoltes permette de faire pâturer dans les chaumes et sur les regains. Pour suppléer à cette disette, il est avantageux de cultiver des racines légumineuses, telles que pommes de terre, carottes, turneps, betteraves, topinambours, etc., que l'on fait manger coupées. L'ajonc ou genet épineux, la culture des prairies artificielles, les unes tardives, les autres précoces, offrent encore une ressource qu'on a besoin de se ménager, pour trouver dans tous les temps de quoi fournir à la consommation des bestiaux.

Faute de tous ces soins, les organes digestifs se détériorent, leurs fonctions sont languissantes, des entérites chroniques, des affections vermineuses se développent, l'estomac et les intestins restent embarrassés par des alimens sans sucs, ou perdent leurs forces vitales faute d'alimens, les principaux agens de la vitalité sont sans énergie, et une tympanite foudroyante, entée sur une entérite chronique, vient en un instant mettre fin à la vie de beaucoup d'animaux. Tels sont les caractères et les causes de la maladie que l'on nomme FALÈRE, qui ravage les troupeaux du Roussillon, et qui cesse d'être meurtrière, si l'on prend les précautions indiquées.

Le cultivateur fait sagement aussi de vendre les animaux qui excèdent la proportion de ses récoltes, quand il n'a pas la faculté de se procurer ailleurs des provisions avec avantage.

INDIGO, s. m.; matière colorante, solide, inodore, insipide, pourpre, et susceptible de se cristalliser sous la forme d'aiguilles, qu'on retire des feuilles de plusieurs plantes légumineuses, en leur faisant subir, lorsqu'elles sont parvenues à un degré convenable de maturité, une fermentation à laquelle elles ont beaucoup de disposition.

On n'a encore trouvé l'indigo que dans plusieurs *indigofera* cultivés à la Chine, au Japon, aux Indes, à Madagascar, en Egypte, et dans les colonies d'Amérique, dans l'*isatis tinctoria*, ou pastel, et dans une espèce de *nerium* qui croît aux Indes-Orientales.

Cette substance est inaltérable à l'air, insoluble dans l'eau et dans l'éther, mais soluble dans l'alcool bouillant, qu'elle colore en bleu, et dont elle se précipite en partie par le refroidissement. Le chlore le détruit presque tout à coup. L'acide sulfurique le dissout, mais paraît l'altérer un peu, car il lui fait acquérir la propriété de se dissoudre dans plusieurs réactifs qui n'avaient pas auparavant d'action pour elle. Lorsqu'on la distille, elle se sépare en deux parties, dont l'une se volatilise sous la forme de vapeurs violettes qui se condensent dans le col de la cornue, tandis que l'autre se décompose, et donne

tous les produits des substances animales. A l'air libre, elle se gonfle, brûle avec une flamme blanche, et laisse un charbon volumineux. Traitée par diverses matières désoxigénantes, elle passe au jaune, et devient soluble dans l'eau, surtout au moyen des alcalis ; si, dans cet état, on la met en contact avec l'air, elle absorbe l'oxigène, et redevient blanche et insoluble.

INDIGOTINE, s. f.; nom donné par Desvaux à l'indigo pur, c'est-à-dire à une substance inodore, insipide, insoluble dans l'eau, et cristallisable en petites aiguilles réunies en houppes soyeuses d'un bleu pourpre, qui forme près de moitié du plus bel indigo du commerce, et à la présence de laquelle on attribue la teinte du lait bleu que les vaches et les brebis donnent quelquefois dans certains pâturages.

INDIQUANT, adj. pris subst., *indicans*; tout ce qui, dans une maladie, annonce le but qu'on doit atteindre, la modification organique qu'on doit provoquer, pour obtenir la guérison, ou du moins l'amélioration de l'état morbide.

INDIQUÉ, adj., *indicatus*; se dit des moyens curatifs, hygiéniques, pharmaceutiques ou chirurgicaux, dont l'emploi est nécessaire pour remplir une *indication*, provoquer une *médication*.

INDISPOSITION, s. f.; sentiment de malaise vague, indéfini, dont on ne saurait trouver le siége ni la nature; série de phénomènes morbides peu intenses qui sont les prodromes, les signes précurseurs de l'invasion, c'est-à-dire de la manifestation des maladies; maladie légère qui exige à peine le séjour au lit, un peu de régime, et le repos physique et moral. Le meilleur moyen de prévenir les maladies graves est de combattre les indispositions, autant qu'il est possible de combattre un état morbide dont le siége et la nature ne peuvent encore être connus autrement que par des précautions, plutôt que par des remèdes.

INDOLENCE, s. f., *indolentia;* état de paresse de la sensibilité qui fait qu'on éloigne, qu'on ne donne pas d'attention aux travaux, aux peines de la vie.

INDOLENT, s. m., *sine dolore* : ce mot employé pour désigner les tumeurs sans douleur.

INDURATION, s. f., *induratio;* l'endurcissement des tissus est un des phénomènes les plus manifestes de l'inflammation, quand elle est située à l'extérieur; l'afflux des liquides dans la partie, outre qu'il la distend, la rend plus rénitente qu'auparavant. Lorsque l'inflammation se résout, qu'elle cesse dans la partie pour reparaître ailleurs, ou qu'elle est suivie de suppuration, l'endurcissement disparaît peu à peu. Mais il n'est pas rare de voir la partie cesser d'être rouge, chaude et douloureuse, sans cesser d'être, sinon gonflée, au moins

plus dure qu'avant d'avoir été enflammée. Ordinairement le gonflement persiste, au moins à un léger degré. La texture de l'organe n'est d'ailleurs nullement changée, il est seulement plus épais et plus dense. Tel est au moins l'état actuel de l'anatomie pathologique. Il est permis, toutefois, de douter qu'un tissu devenu tel que nous venons de le dire, n'ait subi aucune autre altération dans sa structure. Ce qui, au reste, peut être vrai du tissu cellulaire et du testicule, si l'on veut, ne l'est pas du poumon, par exemple; car ce viscère ne s'endurcit qu'en demeurant rouge, gorgé de sang, ou devenant d'un blanc mat et évidemment autre qu'il n'était avant l'inflammation; dans l'un et l'autre modes d'*induration*, dont la première est dite *rouge* ou *hépatisation*, et l'autre *blanche*, celle-ci ordinairement chronique, celle-là ordinairement aiguë, le tissu du viscère devient imperméable à l'air; il a donc subi une profonde modification dans sa structure et sa conformation.

Il est à désirer que l'on entreprenne une série de dissections qui nous fasse bien connaître les modifications de texture qui font que les tissus qui ont été enflammés demeurent dans l'induration; c'est là une branche de l'anatomie pathologique toute neuve à cultiver.

Outre l'induration simple dont nous venons de parler, il en est beaucoup d'autres espèces qui portaient jadis le même nom, et qui aujourd'hui ont des noms spécifiques, par exemple, le *squirrhe*, le tissu *fibreux* accidentel ou morbide, le *cancer*, la *mélanose*; en un mot, toutes les altérations de structure qui ont pour caractère la dureté, étaient autrefois nommées *squirrhe*, *induration*, comme qui dirait aujourd'hui *endurcissement*.

Celui qui voudra tracer une bonne histoire de l'induration, devra en même temps faire celle du RAMOLLISSEMENT, qui est, quoi qu'on en dise, un effet non moins fréquent et non moins incontestable de l'inflammation, et qui ne peut également être prévenu que par la méthode antiphlogistique, et combattu que par cette méthode, et plus encore par les dérivatifs, quand l'une ou l'autre est chronique. *Voyez* INFLAMMATION.

INERTIE, s. f., *inertia*; défaut d'énergie. On donne quelquefois une signification plus étendue à ce mot, qu'on emploie alors comme synonyme d'*inaction*.

C'est dans ce dernier sens qu'on a imposé le nom d'*inertes* aux corps qui ne sont pas doués de la vie, dénomination vicieuse, et qui est devenue la source d'une multitude d'idées fausses et d'hypothèses sans fondement. En effet, si nous consultons l'expérience, nous ne tardons pas à nous persuader qu'il est impossible de concevoir l'idée d'une substance absoment inerte, dans l'acception qu'on a coutume d'attacher à

ce dernier mot; car l'activité seule existe, quel que soit celui des deux systèmes philosophiques, l'idéalisme ou le réalisme, qu'on adopte, simple pour le premier, qui n'admet qu'une force, le moi, double pour le second, qui en suppose deux, le moi et le non moi, ou le monde extérieur : dans ce dernier système, sentir un corps, c'est avoir la sensation d'une résistance à la pénétration de notre organe du toucher par une force étrangère, ou, en d'autres termes, c'est sentir une force qui remplit un certain espace. Kant n'a fait que traduire les faits dans un langage rigoureux, quand il a dit que la matière, définie par lui ce qui est mobile dans l'espace, résulte de la rencontre de deux forces antagonistes, l'une attractive et l'autre répulsive.

C'est en prenant le mot *inertie* dans la première et la plus naturelle de ses deux acceptions, qu'on a désigné sous le nom d'*inertie de la matrice*, l'affaiblissement de la force tonique et de la contractilité de l'utérus, état qui peut donner lieu à des accidens nombreux dont nous tracerons l'exposition à l'article MATRICE.

INFANTICIDE, s. m., *infanticidium*. Détourné par l'usage de la signification que lui donne son étymologie, ce mot ne désigne pas le meurtre d'un enfant, quel que soit son âge, et quel qu'en soit l'auteur, mais la mort violente et préméditée d'un enfant nouvellement né, ou sur le point de naître, en y rattachant même encore généralement l'idée que cet attentat a été commis par la mère.

Quoiqu'à peine croyable, tant il contraste avec cet impérieux besoin qui concentre le bonheur tout entier d'une mère dans l'existence de l'être qu'elle a mis au jour, l'infanticide est un crime trop commun, et d'autant moins excusable, que celui qui s'en rend coupable ne peut rien alléguer pour l'atténuer, des hospices étant établis pour recevoir les enfans dont les parens sont hors d'état de prendre soin. C'est à tort néanmoins que l'opinion générale y rattache l'idée qu'il a été commis par la mère, car on a vu des personnes autres que la nouvelle accouchée faire, à son insu, périr l'enfant naissant, et les tribunaux viennent de retentir dernièrement des horribles détails d'une affaire de ce genre. D'un autre côté, on a vu des indigens, honnêtes, mais pauvres, et nullement instruits des lois et réglemens de police, enfouir eux-mêmes ou rejeter loin de leur domicile le cadavre d'un enfant mort dont leur femme était accouchée, uniquement pour s'épargner les embarras et les frais de l'inhumation. La question de l'infanticide est donc une des plus importantes et des plus délicates de la médecine légale, une de celles qui sont enveloppées de plus d'obscurités, et qui de-

mandent le plus de soin, le plus de sagacité, soit pour proclamer l'innocence contre laquelle dépose un concours extraordinaire de circonstances, soit pour démasquer le crime qui se cache sous des voiles épais.

Voici quelles sont les dispositions de nos lois à l'égard de l'infanticide :

« Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau né « (*Code pénal*, *art.* 300) ».

« Tout coupable d'assasinat, de parricide, d'infanticide et « d'empoisonnement, sera puni de mort (*Ib.*, *art.* 302) ».

« Si, par suite de l'exposition et du délaissement (en un « lieu solitaire, d'un enfant au-dessous de l'âge de sept ans ac- « complis), l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, l'action « sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par « la personne qui l'a exposé et délaissé; et si la mort s'en est « suivie, l'action sera considérée comme meurtre : au premier « cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures « volontaires, et au second cas, celle du meurtre (*Ibid*, « *art.* 361) ».

Lorsqu'on vient à trouver le corps d'un enfant nouveau né, un commissaire de police, un juge de paix ou un juge d'instruction doit, conformément à la loi, se rendre sur les lieux pour y dresser procès-verbal, et recueillir toutes les circonstances qui peuvent non-seulement éclairer sur la nature du fait, mais encore faire remonter jusqu'à son origine. Or, ce qu'il y a de plus important pour l'ordre social étant de constater l'état de l'enfant et la cause qui lui a donné la mort, l'officier civil appelle toujours des médecins ou des chirurgiens pour faire la visite du cadavre, et dresser ensuite le rapport de ce qu'ils ont observé.

L'homme de l'art dont la justice réclame le ministère en pareil cas, ne perdra jamais de vue que c'est son rapport qui fait la base de toute la procédure, qui dirige dans les informations et poursuites ultérieures, et qui détermine l'opinion des magistrats et du jury dans le jugement à porter. Il ne peut donc, comme le fait judicieusement observer Chaussier, apporter trop d'attention dans son examen, dans la rédaction de son rapport. Il lui importe surtout de ne pas se laisser entraîner par l'opinion publique, qui souvent le devance, l'accompagne, exagérant ou dénaturant les objets les plus simples. Calme au milieu de l'agitation générale, sourd aux propos et aux conjectures du public, il ne se borne pas aux apparences, aux impressions premières, mais il examine toutes les circonstances avec sang-froid ou impartialité, les rapproche, les compare, et n'établit sa décision que sur des preuves dont l'évidence

soit incontestable. Rien n'est indifférent, rien n'est à dédaigner dans un cas aussi délicat, lorsqu'il s'agit peut-être d'appeler une mort ignominieuse sur la tête d'une femme.

L'état de l'enfant et celui de la femme qu'on présume être la mère, sont les objets qui fixent d'abord l'attention de l'expert.

Relativement à l'enfant, il faut commencer par s'assurer de son degré de maturité, c'est-à-dire déterminer s'il est venu à terme, et quel est son âge présumé : ce qui exige qu'on examine avec soin son volume, sa longueur, son poids, ses proportions, sa conformation, enfin l'état de développement et la texture de ses organes tant internes qu'externes (*Voyez* VIABILITÉ). On s'assure ensuite s'il est bien ou mal conformé. Dans ce dernier cas, on a grand soin d'indiquer les vices primitifs de conformation qui existent, et de dire jusqu'à quel point ils auraient pu s'opposer à la conservation de la vie, car à peine est-il nécessaire de faire remarquer qu'on ne peut considérer comme viable un enfant né avec quelque difformité ou quelque grave maladie propre à empêcher l'exercice des fonctions qui doivent commencer à sa naissance. On recommande même de noter rigoureusement jusqu'à la moindre irrégularité externe.

Toutes ces particularités ayant été signalées, l'homme de l'art fera mention du degré de putréfaction. Il indiquera si elle est bornée à quelques parties, ou si elle s'est emparée de tous les tissus, si la température de l'atmosphère, les substances avec lesquelles le corps était en contact, ou d'autres circonstances, ont pu soit l'activer, soit la ralentir. On ne perdra pas de vue la propriété qu'a l'acide hydrocyanique introduit dans l'économie animale, de la retarder, après avoir causé la mort. Il importe d'autant plus de signaler l'état du cadavre sous ce rapport, que la putréfaction peut y produire des changemens qu'il est essentiel de connaître, et, par exemple, un développant de gaz dans le tissu pulmonaire rendre les poumons d'un enfant qui n'a pas respiré capables de surnager, et donner ainsi l'apparence du crime à un événement fort ordinaire. C'est un point sur lequel nous reviendrons ailleurs. Quel que soit, au reste, le degré de la putréfaction, il permet toujours de reconnaître les luxations et les fractures, s'il en existe.

La raideur cadavérique ne fournit pas d'inductions bien certaines. On ne doit cependant pas la perdre de vue, ni négliger d'en faire mention. En effet la souplesse du corps annonce en général une mort ancienne, et qui a pu avoir lieu dans la matrice, tandis qu'au contraire sa raideur est un indice que l'enfant a perdu la vie peu de temps avant l'accouchement, pendant la durée de cette opération, ou après. D'ailleurs la rigidité du cadavre est très-grande toutes les fois que le nouveau-né a

perdu la vie par le froid, par une hémorragie ou par des convulsions, au lieu que les circonstances opposées produisent un effet contraire.

Les tégumens sont très-pâles dans les enfans morts de faim ou d'hémorragie, et dans ce dernier cas leur couleur se rapproche de la cire. Il faut donc déterminer soigneusement jusqu'à quel point la coloration extérieure diffère de ce qu'elle est dans l'état naturel, et ne pas perdre de vue que plus l'enfant se trouve éloigné du terme de la naissance, plus aussi elle est intense et foncée.

Rien n'est plus important que d'examiner avec un soin minutieux les taches, sugillations et ecchymoses, afin de distinguer, non seulement les phénomènes cadavériques de ceux qui ont pu avoir lieu pendant la vie, mais encore les lésions qui ont pu dépendre du travail d'un accouchement laborieux, de celles qui devraient naissance à une main criminelle. Il faudra donc en faire une description exacte et minutieuse.

Ainsi les nouveau-nés présentent presque toujours sur l'extrémité occipitale de la tête une tuméfaction, dont la saillie, l'étendue, la tension ou la mollesse sont très-sujettes à varier. Cette tuméfaction dépend de l'action du col utérin sur la portion de la tête engagée et arrêtée au passage. Plus le travail est long et laborieux, plus elle est considérable. Lorsqu'on dissèque la tumeur, on trouve tantôt une simple infiltration séreuse, avec engorgement des vaisseaux sanguins, tantôt une infiltration séro-sanguinolente, avec décollement du péricrâne, qui est soulevé par un amas de sang noir et fluide; il y a même quelquefois une fracture longitudinale anguleuse ou disposée en étoile, soit à l'un des pariétaux, soit à tous les deux. Tous ces désordres peuvent être un effet du travail même de l'accouchement; il faut donc les examiner avec beaucoup de soin, en les rapprochant des circonstances commémoratives de la parturition et des divers indices fournis par l'examen et l'interrogatoire de la mère, afin de ne pas les présenter comme autant de preuves d'un attentat contre la vie de l'enfant. On les distinguera facilement de ceux qui dépendraient d'une violence extérieure, par la nature de la tumeur, par leur situation correspondante à la région du crâne qui appuyait contre le promontoire ou le rebord du pubis, enfin parce qu'ils sont très-limités, et que les autres parties du crâne ne présentent aucune altération ni dans leur continuité ni dans leur connexion. Il en est des autres parties du corps comme de la tête : quelle que soit celle qui se présente et s'engage la première, si l'accouchement a été long et laborieux, on y remarque constamment de la tuméfaction, avec une ecchymose plus ou moins étendue et profonde. Ces circonstances, et beaucoup d'autres

que nous omettons, parce qu'avec de l'instruction et de l'attention, on suppléera sans peine à notre silence, doivent être incessamment présentes à l'esprit de l'expert. Elles exigent encore de sa part un soin particulier dans le choix des expressions, afin d'éviter l'équivoque et les fausses interprétations, c'est-à-dire qu'il doit désigner par le mot *lividités* les taches violacées, brunâtres et superficielles formées par la stase du sang dans les vaisseaux capillaires de la peau, et par celui d'*ecchymose* toute effusion de sang dans le tissu cellulaire : il indiquera ensuite si cette effusion lui paraît être naturelle ou non, évitant l'emploi des mots *meurtrissure* et *contusion*, auxquels se rattache toujours l'idée d'un coup, d'une chûte ou d'une violence quelconque.

Le rapport de l'expert devra donner le nombre et la description à la fois exacte et claire des lividités, ecchymoses et plaies qui peuvent exister à la tête, au col, à la poitrine, à la région rachidienne, à l'abdomen et aux membres. Il faut surtout observer avec le plus grand soin l'état des fontanelles, du col et de la nuque, et décrire minutieusement ce qu'on trouve d'insolite en ces diverses parties.

On recommande aussi de signaler la conformation extérieure de la poitrine, sans oublier néanmoins que les signes qu'elle fournit ne sont pas concluans : on dira donc si le thorax est comprimé et resserré, ou s'il est voûté et aggrandi dans son diamètre transversal.

Après avoir terminé l'examen de l'état extérieur de l'enfant, on procède à l'ouverture du cadavre.

Nous avons fait connaître, à l'article CADAVRE, le procédé qu'on suit pour l'ouverture du corps d'un adulte. Ce procédé, lorsqu'il s'agit du cadavre d'un nouveau-né, doit, suivant Chaussier, être modifié de la manière suivante.

On commence par ouvrir la colonne vertébrale, en incisant depuis l'occiput jusqu'au sacrum, détachant de chaque côté les muscles qui couvrent la portion annulaire des vertèbres, engageant successivement sous l'anneau de chaque vertèbre, depuis la cinquième lombaire jusqu'à la nuque, le moins loin possible de la base de l'apophyse transverse, de forts ciseaux avec lesquels on le coupe, et détachant ensuite le long segment, après l'ablation duquel toutes les parties contenues dans le canal rachidien se montrent s découvert.

L'ouverture du crâne réclame d'autres soins. Après en avoir découvert la plus grande partie des os par une incision cruciale, on détache et enlève d'abord l'un des os pariétaux, puis la région correspondante du frontal. Comme il importe de ne point léser les vaisseaux du cerveau ni les sinus veineux, on

fait à la membrane qui unit les os frontal et pariétal une petite incision comprenant l'épaisseur de la dure-mère, dans laquelle on introduit la lame des ciseaux avec lesquels, en suivant les bords du pariétal, on coupe successivement les commissures membraneuses qui unissent cet os au frontal, au temporal et à l'occipital, avec l'attention de ne point porter atteinte au sinus latéral, situé très-près de l'angle mastoïdien du pariétal, et qu'on évite en s'écartant de la commissure membraneuse, lorsqu'on approche de ce point, et laissant subsister en cet endroit une petite portion du pariétal. Après avoir coupé les commissures membraneuses sur les trois bords de l'os, on le soulève, on le renverse sur le sommet de la tête, et on le détache tout à fait, en coupant dans son épaisseur, à quelque distance de la ligne médiane, afin de ménager les veines qui vont s'ouvrir dans le sinus longitudinal supérieur. On enlève la portion de l'os frontal avec les mêmes précautions, et l'on découvre ainsi la plus grande partie d'un des hémisphères du cerveau. L'opération est ensuite exécutée de la même manière sur le côté opposé. Alors on examine le cerveau, et l'on s'assure s'il y a ou non un épanchement de sang soit dans ses ventricules, soit à sa base, après quoi on le sépare, et on l'enlève entièrement; puis on détache la portion médiane des os qu'on avait laissée en place, et l'on continue, s'il est nécessaire, à examiner l'état du cervelet et de la moelle allongée.

L'ouverture de la poitrine s'exécute de la même manière que chez l'adulte, avec cette seule différence qu'au lieu d'une scie, il faut employer des ciseaux pour couper les côtes et le sternum.

Il en est de même pour l'examen de la bouche et du cou. On observera si la bouche est ouverte ou fermée, et si la langue fait saillie hors de cette ouverture, parce que cette dernière circonstance est regardée comme un indice, digne de quelque confiance, que l'enfant a vécu. On aura soin de noter si la bouche contient soit une écume sanguinolente, soit des corps étrangers, et d'indiquer la nature de ces derniers. On dira également si l'épiglotte et l'arrière-bouche présentent des traces de violence extérieure. Sous ce rapport, il ne faut pas perdre de vue que la présence d'une grande quantité de sang écumeux dans la bouche donne une forte présomption que l'enfant est mort suffoqué, mais qu'il n'en est pas de même des mucosités, puisqu'on en rencontre dans les voies aëriennes d'un grand nombre d'enfans, sans qu'on puisse élever aucun soupçon, et que, sur son existence, on ne saurait fonder aucune probabilité d'infanticide, quand il n'y a pas d'autres circonstances accusatrices. Au reste, pour bien examiner tout l'intérieur de la ca-

vité buccale, il faudra diviser avec précaution la symphyse de l'os maxillaire inférieur, et fendre largement la commissure des lèvres et les joues.

L'abdomen ayant beaucoup plus d'étendue dans l'enfant nouveau-né que dans l'adulte, il faut, lorsqu'on procède à son ouverture, après avoir incisé les tégumens comme s'il s'agissait de l'ouverture du corps de ce dernier, soulever le segment du sternum, détruire successivement les portions du diaphragme qui y prennent leur attache, puis, dès qu'on découvre le ligament ombilical du foie, le couper entièrement, et continuer la section comme à l'ordinaire.

Les deux cavités splanchniques inférieures étant ainsi ouvertes méthodiquement, le médecin consacrera une attention particulière à la position des viscères, et notamment à celle des organes contenus dans la poitrine. Il indiquera surtout si les poumons remplissent la cavité thoracique, s'ils recouvrent les parties latérales du péricarde, et s'ils sont ou non atteints de quelque affection morbide; il les soumettra enfin à un genre particulier d'épreuve, sur lequel nous reviendrons plus loin.

Le rapport de l'expert doit faire connaître l'état de l'arrière-faix et du cordon ombilical.

On ne peut pas toujours, à beaucoup près, examiner le placenta; mais s'il se rencontre, on décrit l'état dans lequel on l'a rencontré. A la vérité, il fournit difficilement des signes annonçant qu'il a été décollé, quand ce décollement a causé une hémorragie mortelle; mais comme l'enfant est assurément né mort quand l'arrière-faix se trouve désorganisé par un état morbide quelconque, cette remarque est importante à faire, en ce qu'elle acquiert beaucoup de poids si elle coïncide avec d'autres probabilités.

Relativement au cordon, on dira s'il a été lié ou non, s'il a été coupé ou rompu, s'il contient du sang coagulé, ou s'il est entièrement vide, s'il est long ou court, grêle ou épais, flétri ou frais; s'il a été coupé avant d'être lié, ou lié avant d'être coupé; si sa racine est, ou non, entourée d'une auréole rougeâtre ou d'un commencement de cicatrisation. Toutes ces circonstances aident, avec d'autres signes, à déterminer si l'enfant est venu au monde mort ou vivant.

A l'examen de l'enfant et de ses annexes, doit succéder à celui de la mère, qui n'est pas moins important. Deux questions se présentent alors à résoudre, celles de savoir si la femme, présumée mère de l'enfant, présente les signes d'un accouchement récent, et si, l'accouchement étant bien constaté, cette femme a pu se trouver dans l'impossibilité de donner au nouveau-né les secours que son état rend nécessaires.

Loin qu'il soit aussi facile que le pense le vulgaire de cons-

tater un accouchement récent, il est, au contraire, toujours très-difficile, et quelquefois même impossible de le faire.

Les signes que les auteurs donnent pour caractéristiques, se tirent :

1°. De l'état des organes externes et internes de la génération. Ainsi, dans les premiers jours qui suivent la parturition, les grandes lèvres sont rouges, tuméfiées, souvent enflammées et très-dilatées; la vulve est entr'ouverte; la fourchette effacée et parfois déchirée; le vagin dilaté; l'orifice de la matrice mou et très-dilaté, mais plus rond, plus court, plus gros, assez souvent échancré, et béant de manière à permettre quelquefois l'introduction d'un ou de deux doigts dans la cavité de la matrice. L'absence de ces divers signes autorise à prononcer que la femme n'a pas accouché depuis peu, mais leur présence n'autorise pas aussi positivement à porter une décision contraire, car ils peuvent dépendre de l'expulsion d'une môle, aussi bien que de celle d'un enfant.

2°. De la présence des lochies, écoulement brun, mêlé de grumeaux sanguins, d'une odeur fade, particulière et nauséabonde, qui se fait par la vulve. Ce signe est fort équivoque, puisqu'on l'observe aussi à la suite de l'expulsion des môles, et que d'ailleurs, au bout de quelques jours, on peut prendre un flux leucorrhoïque abondant pour des lochies.

3°. De la sécrétion et de l'excrétion du lait, qui ont lieu vers le troisième jour après l'accouchement. Il s'en faut de beaucoup que ce phénomène soit l'annonce d'une parturition récente, puisqu'il a été présenté par des filles chez lesquelles on ne pouvait soupçonner l'état de grossesse, et même par des individus du sexe masculin, puisqu'enfin on le rencontre assez souvent dans l'hydropisie de la matrice et dans la suppression de l'écoulement menstruel.

4°. De l'état de la matrice, dont, après l'accouchement, le volume est plus considérable, et l'élévation permet de sentir son corps au-dessus du pubis. Mais ce signe est illusoire, puisqu'il accompagne aussi certaines maladies de l'organe utérin, telles que le squirrhe, l'hydropisie, la formation de corps fibreux dans ses parois, et autres semblables.

5°. De l'état des parois du bas-ventre, de son volume, de sa flaccidité, de ses rides et de ses vergetures. Mais ces divers signes ne sont pas moins équivoques que le précédent, puisqu'ils peuvent dépendre d'une grossesse antécédente, de l'hydropisie ascite, ou d'un excessif embonpoint qui a été suivi d'un amaigrissement rapide.

Chacun des signes qui viennent d'être énumérés ne peut donc fournir qu'une preuve équivoque de l'accouchement récent; mais la preuve évidente résultera de leur réunion, surtout

lorsqu'elle sera fortifiée par la découverte des vestiges de l'arrière-faix, ou du corps de l'enfant nouveau-né. Il est rare, d'ailleurs, qu'on ne puisse se procurer, sur l'état antérieur de la femme, divers renseignemens qui sont très-propres à donner un plus grand degré de certitude encore au diagnostic; par exemple, le temps depuis lequel cette femme n'est plus soumise à l'évacuation menstruelle, la circonstance que son ventre, de tuméfié qu'il était, s'est montré tout à coup affaissé, et qu'alors elle a éprouvé de grandes coliques, etc. Il faudra, dans cette circonstance, comparer, s'il est possible, les dimensions et le degré de maturité du fœtus avec l'état de la mère.

Plus on est éloigné de l'époque de l'accouchement, plus il devient difficile de le constater, moins les signes ont de valeur. Il n'est pas de terme absolu à cet égard, puisque le rétablissement des parties dépend du degré de contusion et de délabrement qu'elles ont éprouvés, ainsi que de la constitution plus ou moins robuste de la femme. Mais, en général, ces signes ne sont bien évidens que dans les six ou huit premiers jours qui suivent la parturition.

Quelques circonstances peuvent absoudre la mère de l'accusation d'infanticide intentée contre elle :

1°. Il n'est pas douteux, en effet, qu'une femme tombée en asphyxie, ou plongée dans un état comateux, soit par quelque lésion du cerveau, soit par l'action d'un breuvage assoupissant administré par une main criminelle, ne puisse accoucher sans s'en apercevoir; mais ce cas est le seul admissible, et il ne l'est pas qu'en aucune autre occasion une femme puisse confondre les douleurs dues à la distension de l'orifice de la matrice par la tête de l'enfant, avec celles d'une colique ordinaire, car, quelque facile que soit un accouchement, ces douleurs sont toujours assez fortes pour qu'on ne s'y méprenne pas.

2°. L'accouchement ayant lieu loin de tout secours, la femme ne saurait être responsable de la mort de son enfant, quand le décollement du placenta inséré sur l'orifice de la matrice, a causé une hémorragie foudroyante qui lui a fait perdre l'usage de ses sens, et l'a conduite aux portes du tombeau. Mais ce redoutable accident laisse des traces non équivoques, et la mère se ressent pendant long-temps de l'hémorragie qui lui a ravi presque tout son sang.

3°. La mère doit être également absoute de l'accusation d'infanticide lorsqu'elle est tombée en syncope après l'accouchement, et qu'alors, par un concours malheureux de circonstances, les membres de l'enfant, agités de mouvemens convulsifs, ont rompu le cordon ombilical, entortillé autour d'eux, et causé une hémorragie mortelle. La possibilité de ce cas indique assez combien il est nécessaire, en toute occasion, de

constater si le cordon ombilical paraît avoir été rompu ou coupé avec un instrument tranchant.

L'expert n'a rempli qu'une partie de sa tâche, quand il a décrit l'état de l'enfant et de la mère. Il lui reste encore à déterminer quel est l'âge de l'enfant dont on a trouvé le corps, quelles ont été la nature et la durée de l'accouchement, si l'enfant est mort avant, pendant ou après l'accouchement, depuis quel temps il est mort, enfin si sa mort peut être attribuée à quelque violence ou négligence calculée, et quelle est l'espèce de cette violence ou de cette négligence.

La première question, celle de déterminer l'âge de l'enfant, rentre dans une de celles dont nous avons déjà traité précédemment, puisqu'elle tend à établir si l'enfant était à terme ou non, et s'il était né viable. *Voyez* VIABILITÉ.

A l'égard de la seconde, toutes les fois qu'on est appelé pour constater l'état d'un enfant nouveau né, il importe de déterminer, d'après l'inspection de son corps, dans quelle position il s'est présenté, et quels ont été la nature, le mode et la durée de l'accouchement. En effet, la parturition nécessite généralement des contractions plus ou moins douloureuses, des efforts plus ou moins répétés; mais il peut se faire cependant, comme on en a vu des exemples, qu'au lieu de douleurs vives, revenant par intervalles et croissant par degrés, la femme éprouve seulement des épreintes ou une sorte de tenesme, et que l'accouchement soit extrêmement prompt et facile; il peut se faire aussi, en pareil cas, que l'enfant vienne au monde dans un état de stupeur qui en impose à la mère, et qui le lui fasse regarder comme mort, quoiqu'il vienne à respirer plus tard. Il faut alors faire entrer en ligne de compte l'écart de la marche que la nature a coutume de suivre, la surprise et l'ignorance de la mère, souvent même la crainte du déshonneur qui, sans lui inspirer aucune intention coupable, la fait cependant céder trop aisément à l'espoir de voir sa faiblesse s'effacer en quelque sorte à défaut de preuve, et étouffe en elle les sentimens si doux de l'amour maternel par la voix si impérieuse du préjugé. Là se déroule une longue série de considérations purement morales, qu'il appartient à l'avocat, et non au médecin, de mettre sous les yeux du jury. D'un autre côté, si le travail a dû être long et difficile, si l'enfant, quoique dans une bonne position, a été arrêté soit par la disposition des détroits du bassin, soit par la rigidité de l'orifice de la matrice ou de la vulve, on ne peut guère présumer que l'accouchement ait été clandestin, qu'il se soit terminé sans y appeler une personne de l'art, sans qu'il fût à la connaissance de quelque voisine ou amie : or, la présomption du crime diminue toutes les fois qu'un fait est parvenu à la connaissance de plusieurs personnes qui

n'y ont point d'intérêt particulier. Enfin, si la position de l'enfant était telle qu'il ne pût venir au monde sans les secours de l'art, les soupçons s'affaiblissent encore davantage, puisqu'il faudrait admettre, contre toute vraisemblance, que les personnes qui ont donné des secours à la femme, ont voulu s'associer à son crime. Il importe donc d'examiner l'état du bassin, de la matrice et de la vulve de la mère, ainsi que le volume de l'enfant, et les traces qu'il porte toujours, plus ou moins marquées sur le corps, et après avoir recueilli séparément les observations de ces deux ordres, de les mettre en parallèle et de les comparer les unes avec les autres, afin d'arriver à pouvoir déterminer si l'accouchement a été facile ou non, comment il s'est effectué, et quelle en a été la durée probable.

On conçoit combien la solution de la question précédente offre de difficultés, et combien elle exige de sagacité de la part du médecin ou du chirurgien expert. La troisième n'est pas aussi difficile à résoudre : elle consiste à déterminer si l'enfant est né vivant ou mort, et s'il est mort avant, pendant ou après l'accouchement.

L'enfant qui est mort dans la matrice peut y rester de cinq à vingt jours, et même davantage, avant d'en être expulsé, et les altérations qu'on remarque sur son cadavre diffèrent suivant l'époque de la mort, suivant aussi quelques autres circonstances accessoires. Lorsqu'un fœtus est mort depuis quelques jours dans le sein de sa mère, son corps a perdu plus ou moins de la fermeté qui lui est propre; les membres sont flasques, et les chairs sans consistance; il suffit du simple contact pour que l'épiderme se détache; la peau est d'un rouge pourpré ou brunâtre; souvent on observe une infiltration séreuse ou sanguinolente dans toute l'étendue du tissu sous-cutané, spécialement sous le cuir chevelu; souvent aussi on trouve une plus ou moins grande quantité de sérosité rougeâtre dans le péricarde; les cavités splanchniques, les membranes et les viscères du thorax et de l'abdomen ont une teinte rougeâtre foncée; l'intérieur des vaisseaux offre la même couleur; le cordon ombilical est gros, mou, infiltré et livide; il se casse facilement; la poitrine est affaissée; la tête se déforme et s'aplatit par son propre poids; les commissures membraneuses du crâne sont très-relâchées; quelquefois même les os sont extrêmement désunis, et la masse de l'encéphale est dans un état de colliquation fétide. Tout enfin annonce une putréfaction plus ou moins avancée. Quelquefois, assure-t-on, au lieu de cette œdématie sanguinolente, de cette colliquation putride, le corps du fœtus se dessèche, devient plus compacte, et passe à cet état qu'on désigne sous le nom de conversion au gras.

Quand un enfant sain et bien conformé meurt pendant l'accouchement, sa mort doit naturellement être attribuée, soit à la nature et à la longueur du travail, soit à la sortie ou à la compression du cordon ombilical, à la mauvaise position du corps de l'enfant ou à quelque manœuvre inconvenante; mais, dans tous ces cas, la partie qui s'est présentée la première, offrira toujours, comme nous l'avons dit plus haut, une tuméfaction, une infiltration séreuse ou sanguine, qui fera reconnaître, à ne s'y pas tromper, la position du fœtus et les efforts ou les tentatives qu'on aurait faits pour en déterminer la sortie. Lorsque la parturition a été longue et laborieuse, la circulation propre au fœtus est toujours plus ou moins altérée : souvent il meurt dans un état apoplectique; tout son corps a une teinte livide et violacée; la face est tuméfiée, et quelquefois ecchymosée; les vaisseaux de l'encéphale sont engorgés, et les ventricules du cœur distendus par le sang. Dans d'autres circonstances, lorsque, par l'effet de la compression du cordon ombilical, le sang n'a pu parvenir au fœtus, son corps est pâle, ses membres sont laxes, et ses vaisseaux contiennent peu de sang.

Si l'enfant est mort après l'accouchement, on trouve toujours des traces plus ou moins sensibles de la position dans laquelle il s'est présenté au passage. Mais il s'agit alors de déterminer combien de temps il a vécu après la naissance. Or, pour arriver à cette détermination, on s'aide des lumières fournies par l'état de la peau, du cordon ombilical, et des organes intérieurs, des poumons en particulier. Ainsi, quand la peau est molle, rougeâtre, onctueuse et recouverte de l'enduit propre au fœtus, que le cordon ombilical est mou et spongieux, que l'estomac ne contient qu'un peu de mucosité, que le gros intestin est rempli de méconium, que la vessie est pleine d'urine, enfin que tout annonce un commencement de respiration, on peut affirmer que l'enfant est mort en naissant, ou très-peu de temps après sa naissance. Au contraire, si le cordon ombilical est flétri, desséché, détaché en totalité ou en partie de l'ombilic, et entouré à sa base d'une auréole rougeâtre, d'un commencement de cicatrice, si l'épiderme se détache en petites écailles, si l'estomac contient quelques substances alimentaires, et que le méconium soit entièrement évacué, il est hors de doute que l'enfant a vécu après la naissance. Le rapprochement des différentes circonstances, joint à l'habitude de voir des nouveau-nés, en fera aisément déterminer l'époque, au moins d'une manière très-approximative.

La question de savoir si l'enfant a vécu après la naissance étant une des plus importantes, puisqu'il n'y a plus de crime d'infanticide à poursuivre si la preuve de la vie de l'enfant

n'est pas acquise, les médecins légistes se sont attachés à réunir le plus grand nombre possible de moyens pour la résoudre. L'état des organes respiratoires est cependant ce qu'on s'est attaché le plus à considérer, parce que la vie de l'enfant qui naît ne peut persister sans la respiration, laquelle commence à s'exécuter au moment même où il voit la lumière, et produit, non-seulement dans ses organes internes, mais encore dans ses parties externes, des changemens annonçant, à n'en pas douter, qu'elle a réellement eu lieu.

Réfléchissant qu'il est impossible que l'inspiration s'opère sans la dilatation de la poitrine, le redressement des côtes et l'élévation du sternum, on a pensé qu'il serait possible de constater ces changemens en mesurant la circonférence du thorax avec un fil, la comparant avec la hauteur de la portion dorsale des vertèbres, et observant la distance du sternum à la colonne vertébrale. D'autres ont cru qu'on parviendrait plus sûrement à ce but, en déterminant avec beaucoup d'exactitude le degré de convexité que le diaphragme présente, et, à cet effet, après avoir ouvert l'abdomen, et enlevé avec précaution les viscères qu'il renferme, en observant, au moyen d'un fil à plomb, quel est le point de la poitrine, quelle est la côte à laquelle correspond le sommet de l'aponévrose centrale du diaphragme. Cette dernière épreuve est fondée sur ce que le diaphragme se trouve refoulé vers la cavité abdominale par l'effet de l'inspiration, en sorte que, chez l'enfant qui n'a pas respiré, la face inférieure du muscle doit être beaucoup plus convexe que dans celui qui a respiré. Mais des recherches de cette nature sont trop minutieuses, trop hypothétiques, trop sujettes même à varier dans leurs résultats, par l'effet d'irrégularités que divers individus peuvent présenter dans la conformation de la poitrine, pour mériter l'attention des praticiens dans un examen juridique d'une si haute importance, qui exige des preuves positives et incontestables, des moyens simples, faciles à répéter, et dont tout le monde puisse apprécier l'exactitude.

La situation, le volume et la couleur des poumons doivent être notés avec le plus grand soin. On regarde, en général, comme un fait constant, que les poumons d'un enfant qui a respiré sont dilatés et assez volumineux pour recouvrir le péricarde. Cet état de chose n'a cependant lieu que chez celui qui a respiré pendant un certain laps de temps. Dans celui, au contraire, qui a péri peu d'instans après la naissance, lors même que la respiration a pu s'effectuer librement, le péricarde n'est pas entièrement recouvert par les poumons. A cet égard, il est bon de faire observer que, la plupart du temps, le côté droit de cette membrane est plus recouvert que le gauche,

parce que la respiration s'établit plus tôt et avec plus d'énergie dans le poumon droit que dans le gauche. Mais cette assertion ne peut cependant pas être érigée en règle, car on trouve des exceptions, qui, bien que rares, n'en sont pas moins suffisantes pour s'opposer à ce qu'on la généralise. D'ailleurs, l'espace que les poumons occupent dans la poitrine est extrêmement variable; on les a vu remplir toute cette cavité chez des fœtus qui n'avaient pas respiré, tandis que chez des enfans qui avaient respiré jusqu'à trente-six heures, ils occupaient un si petit espace, quoique remplis d'air, qu'on les découvrait à peine.

La couleur de ces organes est rosée chez un enfant qui a respiré, et ordinairement plus ou moins violette ou brune, quand la respiration n'a pas eu lieu. Mais les divers degrés de la respiration et une foule de causes, tant externes qu'internes, plus ou moins appréciables, la font varier à tel point qu'on ne peut la regarder comme concluante, que quand elle coïncide avec les autres preuves de la respiration.

Après qu'on a observé la couleur, le volume et la densité des poumons, il reste à les soumettre à un genre d'épreuve qui, depuis 1682, époque où Schreger l'appliqua pour la première fois aux cas de médecine légale, a toujours servi de base aux décisions des médecins légistes en matière d'infanticide, qui a été sanctionnée par tous les tribunaux, et dont l'omission a toujours rendu nuls le rapport et le procès-verbal de visite. C'est de la docimasie pulmonaire que nous voulons parler.

Cette épreuve consiste à détacher les poumons avec une partie de la trachée-artère et le cœur des troncs vasculaires préalablement liés, et, après les avoir nétoyés avec une éponge, s'ils sont trop sanglans, à les placer doucement dans un vase contenant au moins un pied d'eau, afin que la colonne de liquide soit proportionnée au poids et au volume des viscères, et qu'elle puisse les supporter dans le cas où ils seraient susceptibles de surnager. Il faut que l'eau soit propre, qu'elle ne soit ni chaude, ni glaciale, et surtout qu'elle ne contienne en dissolution aucune matière saline qui en augmenterait la densité. On observe alors si la masse tombe au fond de l'eau, ou si elle surnage, et, dans le premier cas, si elle y tombe lentement ou tout à coup. On répète ensuite l'expérience, d'abord avec les poumons séparés du cœur, puis avec chacun des poumons séparément, enfin avec chaque lobe coupé en plusieurs morceaux, observant toujours s'il y a surnatation ou précipitation, et prenant bien garde de ne pas confondre les fragmens du côté droit avec ceux du côté gauche. En coupant les poumons, on examine s'ils sont ou non crépitans, s'ils con-

tiennent peu ou beaucoup de sang, s'il y a ou non quelqu'état morbide dans leur parenchyme. On presse aussi chacun des fragmens entre les doigts sous l'eau, pour voir s'il s'en dégage des bulles d'air, et si, après avoir été comprimés, ils surnagent encore.

La surnatation des poumons avec le cœur est regardée comme une preuve que la respiration a été bien prononcée; si les poumons entiers et tous leurs fragmens surnagent également, on en conclut que l'enfant a joui de plusieurs inspirations pleines et entières. S'il n'y a que le poumon droit ou ses fragmens qui surnagent, on en infère que la vie de l'enfant a été moins parfaite. Si quelques fragmens seulement surnagent, tandis que les autres se précipitent, c'est un indice que l'enfant a vécu à peine, qu'il n'a eu qu'une respiration imparfaite, ou même qu'il n'y a eu chez lui qu'insufflation artificielle. Enfin, si tous les fragmens vont au fond de l'eau, on conclut que l'enfant n'a pas respiré.

Les conséquences tirées de la docimasie pulmonaire passent pour être tellement concluantes, qu'il suffit de prouver que les poumons ne surnagent pas pour que l'accusée soit absoute.

On a cependant élevé contre cette expérience célèbre, quatre objections qui doivent être examinées, à raison de leur importance.

1°. Il est possible que l'enfant, mort pendant le travail de la parturition, ait respiré avant d'être entièrement sorti des parties génitales de sa mère, parce qu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, il a présenté la bouche ou même la tête entière au passage, et reçu assez d'air pour que ses poumons se trouvent distendus. Quelques faits semblent attester la réalité de cette assertion; mais n'en connût-on même pas qui fussent bien constatés par l'observation, il suffit de la simple possibilité pour qu'ils doivent être pris en considération par les experts chargés de la visite du corps d'un enfant nouveau-né, et mettre des restrictions à l'épreuve hydrostatique.

2°. Diverses causes peuvent faire surnager les poumons, quoique l'enfant n'ait pas respiré. Les principales sont la putréfaction et l'insufflation artificielle.

La putréfaction peut donner lieu, dans le tissu des poumons d'un enfant qui n'a pas respiré, à un développement de gaz qui produisent le même effet que l'introduction de l'air atmosphérique dans les voies respiratoires, c'est-à-dire qui les fassent surnager lorsqu'on les jette dans l'eau. Chaussier va même plus loin encore. « Cette augmentation de légèreté des poumons, dit-il, ne dépend pas toujours de la putréfaction; souvent on l'observe dans des fœtus qui ne répandent aucune

odeur putride, et dont tous les organes conservent la couleur et la consistance qui leur sont propres. Ainsi, lorsqu'on a été obligé d'extraire un enfant par les pieds, surtout si le bassin est étroit, j'ai plusieurs fois trouvé qu'une partie des poumons surnageait, quoique certainement l'enfant n'eût point respiré, et qu'il fût mort dans le travail même de l'accouchement; je ne pouvais attribuer cette légèreté accidentelle des poumons à la putréfaction, puisque l'enfant n'en présentait pas les caractères, et que j'examinais le corps peu de temps après son extraction; mais, de même que l'on voit quelquefois qu'une plaie, qu'une contusion à une partie, et spécialement à la tête, est quelquefois accompagnée d'une tuméfaction emphysémateuse, il m'a paru que, dans ce cas, lors de l'extraction du fœtus, les poumons avaient éprouvé une sorte de contusion, qu'il s'était fait dans leur tissu une effusion de sang dont l'altération avait fourni le dégagement de quelques bulles aériformes, et produit ainsi la légèreté spécifique d'une partie des poumons. Cette explication me paraît d'autant plus vraisemblable, que les poumons avaient une teinte brunâtre et violacée. »

D'autres écrivains, plus sévères, et trop rigoureux peut-être, puisqu'il est reconnu qu'en cas de doute, on doit toujours pencher pour l'indulgence, soutiennent que la putréfaction n'atténue en rien la validité de l'épreuve hydrostatique, à moins qu'elle ne soit si avancée qu'on ne puisse plus tirer aucune preuve du corps du délit.

Il est démontré, disent ces écrivains, que le cadavre des nouveau-nés résiste bien plus long-temps à la fermentation putride que celui des adultes, et que, de toutes les parties du corps, les os exceptés, les poumons sont celles dont la putréfaction s'empare en dernier lieu. Nous avouons sincèrement qu'aucune de ces deux propositions n'est démontrée pour nous. Mais les écrivains dont nous parlons vont plus loin encore, en ajoutant que lors même que la putréfaction s'est emparée de la surface du parenchyme pulmonaire, lors même qu'on voit des traînées de bulles d'air se dégager le long des incisions qu'on pratique à cette surface, souvent la décomposition n'est pas encore parvenue jusqu'au centre, et n'est pas assez avancée pour exclure la docimasie pulmonaire. Nous le répétons, dans un cas pareil, la surnatation des poumons, si elle était le seul indice d'infanticide, ne prouverait rien à nos yeux, puisqu'il ne nous paraît pas possible d'assigner la part qu'a pu prendre à la production du phénomène le gaz interposé dans le parenchyme pulmonaire, ni de nier que ce phénomène ne soit dû tout entier à la présence de ce gaz. On prétend que quand un poumon soumis à l'épreuve hydrostatique

surnage, et qu'il y a doute pour savoir si cette surnatation n'est pas l'effet de la putréfaction, il faut soumettre à la même expérience des viscères dont la putréfaction augmente la légèreté spécifique *à peu près* dans la même raison que celle des poumons, comme le thymus, la vessie urinaire, ou plutôt le foie; que si ces organes surnagent, on en conclut que la légèreté des poumons peut être l'effet de la putréfaction, tandis que s'ils ne surnagent pas, on est assuré que cette même légèreté des poumons est due à l'air que l'acte respiratoire a laissé dans leur tissu. Mais ceux qui ont tracé ces étranges préceptes, n'avaient pas calculé toute la portée du ministère que l'expert remplit en matière d'infanticide : ils avaient oublié que quand il s'agit de la vie de son semblable, on doit écarter les hypothèses, les analogies, les *à peu près*, et n'admettre que des faits incontestables, dût-on même atténuer ainsi les preuves morales du crime, parce qu'il vaut mieux, dans le doute, épargner un criminel, sur la conduite duquel la justice pourra ensuite garder les yeux ouverts, que frapper un innocent, auquel il est impossible de rendre et la vie dont on l'a privé, et les angoisses dont ses derniers momens furent abreuvés.

On a prétendu aussi qu'outre l'épreuve comparative précédente, qui nous paraît absolument condamnable, il existait encore deux moyens d'arriver à la vérité; en premier lieu, le frémissement ou son particulier qui se produit sous le scalpel lorsqu'on incise le poumon, et qui existe, malgré la putréfaction, quand l'organe provient d'un enfant qui a respiré, mais qui n'existe pas dans le cas contraire, même lorsque l'état de putréfaction des poumons les fait surnager; en second lieu, la précipitation qu'un fragment de poumon qui surnageait, éprouve après avoir été pressé entre les doigts pour en exprimer les produits gazeux de la putréfaction, s'il provient d'un enfant mort-né, tandis qu'il continue de flotter dans le cas contraire. Il s'en faut que ces deux expériences fournissent des signes qui méritent une entière confiance, et l'on peut leur appliquer les réflexions qui terminent le paragraphe précédent.

L'insufflation peut avoir été pratiquée par une femme accouchée clandestinement d'un enfant mort, et qui, incertaine de la mort de son enfant, lui ait soufflé dans la bouche pour le ranimer; car l'expert ne doit pas, à l'exemple du vulgaire, présumer un crime par cela seul qu'on a trouvé le cadavre d'un nouveau-né, tant on connaît d'exemples de femmes malheureuses, mais honnêtes, qui n'ont abandonné l'enfant qu'elles venaient de mettre au monde qu'après avoir mis en usage tous les moyens qui leur semblaient propres à le rappeler à la vie, sans compter que quelqu'un voulant perdre la mère d'un enfant mort-né, peut saisir un instant favorable pour souffler de

l'air dans les poumons du cadavre, sans que personne s'en aperçoive, et éveiller ensuite des soupçons, ou même susciter une accusation contre la malheureuse femme. En pareil cas, on trouve les poumons dilatés et d'une couleur rosée; ils surnagent l'eau dans laquelle on les jette.

Ici la docimasie pulmonaire pourrait entraîner d'autant plus facilement daus l'erreur, qu'il n'est pas de signes positifs auxquels on puisse reconnaître l'insufflation artificielle du poumon. Tous ceux qu'on a indiqués n'ont réellement aucune valeur : nous devons cependant les faire connaître.

On a prétendu qu'il y avait alors dilatation des poumons moins complète que dans la respiration naturelle, ou même que le poumon gauche ne se dilatait point, en raison de la disposition des bronches et du trajet de l'aorte. Mais l'expérience prouve que l'air soufflé dans l'organe pulmonaire, peut pénétrer jusqu'aux dernières extrémités de l'arbre bronchique. On a vu d'ailleurs assez souvent, même chez des enfans qui avaient respiré quelques heures, le poumon gauche être très-dilaté, tandis que le droit ne l'était qu'incomplètement, ou même ne l'était pas du tout.

Devons-nous rappeler qu'il a été dit que les poumons remplis d'air par l'insufflation ne sont pas crépitans comme ceux daus lesquels l'air a pénétré par l'acte de la respiration? Une assertion aussi ridicule ne mérite pas qu'on la réfute.

Le défaut de voussure du thorax a été donné comme un indice d'insufflation; mais la voussure du thorax n'est que très-légère chez les enfans qui ont respiré quelque temps d'une manière imparfaite; il est des cas où on ne l'aperçoit pas quoique les poumons soient complétement distendus par l'air, et il en est d'autres où elle se montre très-prononcée, quoique les poumons ne contiennent pas ou presque pas d'air.

Enfin on a considéré la vacuité des artères et des veines pulmonaires, sans hémorragie antérieure, comme un signe très-propre à faire distinguer les effets de l'insufflation de ceux de la respiration. Mais tout porte ici sur la simple détermination de rapports relatifs, qui prêtent par conséquent beaucoup à l'arbitraire, et aux différences dans la manière dont chacun voit. D'ailleurs la circulation pulmonaire ne s'établit pas avec la même facilité et la même promptitude chez tous les enfaus, et quoiqu'il soit bien constant que le poids des poumons devient, par la respiration, plus considérable qu'auparavant, c'est-à-dire qu'en même temps qu'ils augmentent de volume et de légèreté spécifique, par l'air qui s'introduit dans les ramifications bronchiques, ces organes augmentent aussi de pesanteur absolue, par l'afflux du sang qui s'y porte dans l'acte de la respiration, et qui y séjourne encore après la mort; lors-

qu'on recherche par l'expérience, sur un grand nombre d'enfans, quel est le rapport du poids des poumons au poids total du corps, on obtient des résultats trop variables pour qu'il soit permis de donner une confiance entière à cette considération.

3°. Si la docimasie pulmonaire peut bien démontrer que l'enfant n'a point respiré, elle ne prouve pas toujours qu'il n'a point vécu. En effet, plusieurs fonctions peuvent continuer, pendant un certain laps de temps, de s'exécuter chez le nouveau-né, quoiqu'un obstacle se soit opposé à l'établissement de la respiration. Mais cette vie présumée est tout à fait hors de la sphère de nos connaissances, et nous ne possédons aucun moyen pour la constater, de sorte qu'en cas de submersion des poumons, nous devons conclure que rien ne prouve que l'enfant ait vécu, quoiqu'il ait fort bien pu en être autrement.

4°. Enfin, il peut se faire que les poumons d'un enfant qui a respiré ne surnagent pas. C'est ce qu'on a observé plusieurs fois chez des enfans d'une faiblesse extrême, ou qui n'étaient pas venus à terme. Ce cas est encore un de ceux que le hasard peut présenter en faveur d'une coupable; mais l'expert n'en doit pas moins s'en tenir à ce qu'il voit, et de la submersion des poumons, il conclura que l'enfant est né mort.

Le temps depuis lequel est mort un enfant qu'on suppose avoir vécu, doit être recherché avec le plus grand soin, parce qu'au cas d'informations ultérieures, cette circonstance sert à faire connaître si l'enfant peut avoir été mis au monde par une femme qu'on présumerait être accouchée depuis quelque temps. Mais cet examen est un des plus délicats et des plus difficiles; et pour prononcer, sinon avec exactitude, du moins d'une manière approximative, il faut, indépendamment de l'état du cadavre, prendre en considération toutes les circonstances capables de retarder, d'accélérer ou d'empêcher la putréfaction, comme l'endroit où on l'a trouvé, la température, le degré d'humidité, la nature et la direction des vents, etc.

Ces diverses recherches terminées, s'il est bien constaté que l'enfant a vécu, il reste encore une tâche difficile et pénible à remplir, celle de spécifier le genre de mort, et de déterminer si les lésions dont le petit cadavre porte les traces ont été l'effet de manœuvres ou d'omissions criminelles et prématurées, ou bien si elles ont été purement accidentelles et indépendantes de la volonté; s'il y a eu ou non homicide; si le crime a été commis, soit par une violence extérieure dirigée contre l'enfant, dans l'intention de lui ravir le jour, soit par la seule omission des secours qu'il réclame dans les premiers instans de son existence, c'est-à-dire, pour parler le langage des juris-

consultes, si l'infanticide a eu lieu par commission ou par omission volontaire.

On rapporte au premier genre l'infanticide par les différentes espèces de blessures ou par les divers modes d'asphyxie, tels que la suffocation, la submersion et l'introduction, soit dans la bouche, soit dans les cavités nasales, de substances propres à empêcher la respiration.

Par rapport aux plaies de tête, un accouchement laborieux peut bien occasioner l'empâtement, la formation d'une tumeur, des ecchymoses, des épanchemens de sang, et même des solutions de continuité aux os, mais jamais une vaste plaie contuse, le broiement des os et des épanchemens considérables, au moins dans le crâne. L'expert essaiera de décider si la lésion était de nécessité mortelle.

La possibilité de faire décrire à la tête un cercle, ou la plus grande partie d'un cercle, la déchirure ou le froissement de la moelle épinière, le tiraillement et la rupture des ligamens vertébraux, le tout accompagné d'ecchymoses et d'infiltrations sanguines, attestent que l'enfant a été mis à mort par la torsion du col, soit que la tête ait été fortement renversée en arrière, soit qu'on lui ait fait éprouver un mouvement trop considérable de rotation, de manière à luxer les vertèbres cervicales. L'expert aura soin d'examiner la nuque, à la base de l'occiput, pour voir s'il n'y existe pas une petite plaie, d'où l'on pourrait conclure qu'un instrument piquant a été plongé dans la moelle allongée, et dont il faudrait alors suivre le trajet, en se conformant aux préceptes que nous avons tracés ailleurs. *Voyez* BLESSURE.

La détroncation, de vastes blessures, les fractures des membres, ou leur section avec l'instrument tranchant, dont l'action est facile à distinguer d'une déchirure, démontrent l'infanticide, quand on parvient à prouver que l'enfant est né vivant.

L'infanticide a été souvent commis au moyen d'une longue aiguille enfoncée, pour lacérer les viscères dans une des grandes cavités du corps, par les narines, les oreilles, la bouche ou le rectum. Comme l'ouverture des cavités splanchniques est de rigueur dans tous les cas d'accusation d'infanticide, si les viscères de l'une d'elles montraient une blessure quelconque, il faudrait suivre le trajet de la plaie, afin d'arriver au point par lequel l'instrument vulnérant aurait pénétré.

On a vu des mères dénaturées faire périr leur enfant dans les flammes, pour faire disparaître plus sûrement les traces de son existence. Lorsqu'il reste encore quelque portion du cadavre, il faut tenter l'épreuve hydrostatique sur le poumon, et s'assurer s'il existe des phlyctènes, phénomène qui, à lui

seul, ne permettrait pas de douter que l'enfant n'eût vécu.

Quant aux divers modes d'asphyxie, le cas excepté où une femme accoucherait dans l'eau, ils ont cela de commun, qu'un certain laps de temps s'est toujours écoulé entre le moment du crime et celui de la naissance de l'enfant, en sorte que celui-ci a nécessairement respiré, et que la docimasie pulmonaire peut constater l'homicide. D'ailleurs la présence d'un corps étranger quelconque, ou des traces de son action, dans la bouche et les narines, suffisent souvent pour déceler l'attentat. Quelquefois le crime a été commis par la pression du thorax ou de la trachée-artère, par la compression de l'épiglotte, au moyen du doigt ou de tout autre corps introduit dans le pharynx, par le renversement de la langue vers l'isthme du gosier, par l'immersion dans l'eau, par l'exposition à la vapeur du soufre allumé. La docimasie pulmonaire, l'état de la bouche, et les traces de violence exercée sur le col ou toute autre partie du corps, mettent alors facilement en état de prononcer sur la réalité du crime. *Voyez* SUBMERSION et SUFFOCATION.

Le second genre d'infanticide, celui par omission volontaire, peut avoir lieu de plusieurs manières différentes : par l'exposition de l'enfant à une température trop chaude, ou trop froide ; par la privation trop long-temps prolongée des alimens nécessaires à son âge, et sous ce rapport il est important de se rappeler que l'abstinence n'est pas sans danger pour lui lorsqu'elle dépasse vingt-quatre heures; par un séjour trop long-temps prolongé dans une position qui ne permet pas à l'air de s'introduire par la bouche et le nez, comme est celle dans laquelle la plupart des enfans viennent au monde, le visage tourné vers le sacrum et plongé dans le sang et les glaires qui sortent en abondance du sein maternel, quand la femme est accouchée dans la position horizontale; enfin le défaut de ligature du cordon ombilical, qui est absolument nécessaire quand le cordon se trouve détaché du placenta, et surtout quand il a été coupé ou déchiré très-près du nombril.

Dans tous ces cas, l'épreuve hydrostatique doit marcher en première ligne. Si, après avoir constaté par elle qu'un enfant, dont le cadavre a été trouvé raide, décoloré et nu, sur la terre ou sur des pierres, en hiver, a respiré, si les gros vaisseaux intérieurs sont gorgés de sang, tandis que les cutanés sont contractés et presque vides, et si d'ailleurs il n'existe aucune trace de lésion extérieure, la mort ne peut être attribuée qu'au froid. Elle aura été causée par le chaud, au contraire, si l'enfant a été trouvé exposé dans un lieu dont la température soit très-élevée, à l'ardeur du soleil ou auprès d'un foyer ardent. L'obstruction des narines et de la bouche par du sang et des glaires, peut déceler l'infanticide, si la femme a déjà été mère,

et si un accident ne l'a pas mise dans l'impossibilité absolue de donner les premiers soins à son enfant, car on conçoit que celle qui accouche pour la première fois, inopinément et loin de tout secours, peut, sans être coupable, le laisser périr dans la position défavorable qu'il prend en sortant de son sein. Le défaut de nourriture, ordinairement réuni à l'abandon dans un lieu isolé, se reconnaît à l'ouverture du corps, lorsqu'aux phénomènes produits par le froid, entre autres, se joint l'état de vacuité de l'estomac et des intestins. Enfin, si la ligature du cordon n'ayant pas été faite, l'inspection du cadavre prouve que la mort a dépendu d'une hémorragie par cet organe, il paraît que l'infanticide ne pourrait être contesté, malgré le témoignage des antagonistes de la ligature (*Voyez* OMBILICAL), tandis qu'il n'y aurait pas lieu à le soupçonner si, la femme étant accouchée seule et secrètement, on trouvait l'enfant mort et le cordon tenant à l'arrière-faix sans avoir été lié, pourvu, toutefois, qu'il n'y eût aucun autre signe de commission ou d'omission. Au reste, les signes annonçant que le nouveau-né a été victime d'une hémorragie ombilicale, sont la pâleur et la décoloration du cadavre, la vacuité générale des vaisseaux artériels et veineux, enfin l'état du cordon, car il est fort différent, sous le rapport de l'intention de la mère et de l'hémorragie, que celui-ci ait été rompu, coupé ou déchiré. La ligature, même au milieu des signes de l'hémorragie et d'un commencement de respiration, n'empêcherait pas de soupçonner la mère, une femme perverse ayant pu ne la pratiquer qu'après avoir laissé tout le sang s'écouler.

En appréciant ces diverses circonstances de l'infanticide par omission volontaire, il ne faut pas oublier que des lésions purement accidentelles peuvent en imposer quelquefois pour des indices du crime, et que, comme on peut trouver sur la tête, le tronc et les membres, des ecchymoses provenant du travail de la parturition, que la même cause peut produire des fractures aux os des membres, ou faire chevaucher ceux du crâne; enfin qu'on croit possible que l'enfant, chassé par une contraction brusque de la matrice, éprouve, en tombant sur des corps durs, un choc qui produise diverses lésions, de même il peut arriver que l'enfant périsse d'hémorragie, lorsque le placenta est implanté sur l'orifice de la matrice, ou qu'il est détaché, et qu'il se présente à l'orifice en même temps que lui, la mère, épuisée par la perte de sang, ne pouvant lui donner aucun secours; il peut se faire aussi que l'enfant, quoique frappé d'une apoplexie mortelle, par l'entortillement du cordon autour de son cou durant la parturition, ait cependant franchi la matrice et respiré avant de mourir.

On voit, par cet aperçu, incomplet encore, quoique déjà

fort long, combien l'expertise en matière d'infanticide exige de soins et d'attention scrupuleuse pour écarter toute prévention, n'écouter que les faits, et savoir bien les apprécier. Si, dans beaucoup de cas, l'état du cadavre qui donne lieu à l'enquête et celui de la mère ne permettent d'élever aucun doute sur la naissance à terme d'un enfant vivant, ou sur l'action meurtrière d'une violence extérieure, une foule de circonstances peuvent concourir à couvrir la vérité d'un voile épais, quelquefois même impénétrable. Les signes fournis par la docimasie pulmonaire sont les plus importans sans contredit; mais s'ils annoncent que la respiration a eu lieu, ils ne deviennent absolument concluans que quand l'enfant présente tous les signes de maturité, que le cadavre n'est pas tombé en putréfaction, qu'on n'aperçoit aucun vice de conformation auquel la mort puisse être attribuée, que la tête n'offre aucun signe d'une lésion capable d'avoir déterminé la mort pendant la parturition, que l'ensemble des signes tirés de l'état des poumons, de la poitrine et du diaphragme s'accorde à prouver une respiration complète, que l'instruction du procès établit qu'il n'y a point eu insufflation, que les renseignemens pris sur ce qui s'est passé pendant l'accouchement excluent la supposition que l'enfant ait pu respirer avant la naissance, enfin qu'il existe sur le fœtus quelques traces de manœuvres criminelles. Toutes les fois qu'il n'est pas constaté par des signes suffisans que la mort a été le résultat d'une violence volontaire, c'est en faveur de la mère que le médecin légiste doit expliquer les faits, sans chercher néanmoins à violenter la vérité.

INFECT, adj., *fœtidus;* qui exhale une odeur insupportable.

INFECTÉ, adj., *infectus;* qui a subi l'INFECTION. *Voyez* ce mot.

INFECTIEUX, adj., *inficiens*, *ab infectione productus;* produit par l'infection, causant l'infection, ou transmissible par l'infection.

INFECTION, s. f., *infectio*, *infectus*, *feditas*. Ce mot, après avoir signifié *souillure*, *malpropreté*, *altération*, *corruption*, *puanteur*, vient d'être employé pour désigner spécialement l'état de l'air contenant des effluves marécageuses, des émanations putrides animales ou végétales, des miasmes ou exhalaisons du corps de l'homme malade : *aer inquinatus*. Il est évident qu'en restreignant ainsi la valeur de ce mot, on en borne l'usage, et on appauvrit notre vocabulaire. Néanmoins, comme d'importantes considérations de pathologie et d'hygiène publique se rattachent actuellement à cette expression, prise dans le sens que nous venons de dire, nous allons les exposer dans cet article, au moins d'une manière générale,

dussions-nous tomber dans quelques répétitions avec l'article CONTAGION, qui doit être lu en même temps que celui-ci.

Fernel appelait avec les anciens, *pestilence*, *pestilentiel*, ce qu'on veut nommer aujourd'hui *infection*, *infectieux*; il réservait les mots de *contagion*, *contagieux*, pour les maladies transmissibles par le contact; mais il regardait les maladies pestilentielles comme étant *contagieuses* dans le sens que nous venons de dire, tout en en plaçant l'origine première dans un air impur, *aer infectus*, et il ne disait pas que les maladies contagieuses fussent absolument non transmissibles *halitu emisso*. Il croyait, toujours avec les anciens, que, dans les maladies *vénéneuses*, *contagieuses* et *pestilentielles*, *morbi venenati*, *contagiosi* et *pestilentes*, il existait un *venenum*, c'est-à-dire un *poison* proprement dit, un *venin* ou poison animal, ou enfin un *germe* spécifique, occulte, répandu dans l'air, *venenatum*, *inquinamentum aeri inspersum*. Il faisait provenir ce dernier d'un certain rapport des astres, *a certâ permistione siderum*. Cette théorie n'était rien autre que celle des poètes et du vulgaire dans l'antiquité. Aujourd'hui que l'on se pique de scepticisme, on attribue l'apparition et les ravages de la peste à une cause occulte spécifique, sans décider si elle vient de la terre, de la mer ou du ciel, sortant ensuite du corps des malheureux qu'elle a rendus malades ou qu'elle a tués, pour pénétrer par la peau dans d'autres corps vivans qui tardent peu à en ressentir l'atteinte. On en dit autant de la fièvre jaune. Quant au typhus *contagieux*, la cause occulte est réputée venir uniquement du corps des sujets qui en sont affectés, et la première origine de cette maladie est attribuée à des circonstances de température, de localité, plus l'accumulation des malades dans un local étroit dont l'air est peu renouvelé. On convient que des circonstances de température et de localité, et que l'encombrement des malades contribuent également à l'apparition et au développement de la peste et de la fièvre jaune; mais tout au contraire de ce qu'on admet pour le typhus, on veut qu'il y ait un *quid ignotum* spécial, primitif. Aucun fait ne justifie cette différence dans la théorie de la peste et de la fièvre jaune, d'une part, et dans celle du typhus, de l'autre : voilà ce qu'on ne saurait trop répéter. En bonne logique, ces trois maladies naissent des circonstances physiques appréciables de la température et des localités, des conditions atmosphériques et locales; leurs différences proviennent des différences de ces conditions, et de celles des habitudes particulières aux habitans.

La question qui reste à résoudre est de savoir si ces maladies se transmettent, c'est-à-dire si un homme affecté de peste, de fièvre jaune ou de typhus, peut communiquer la maladie

à d'autres. On l'a toujours affirmé de la peste, nous en sommes convaincus pour le typhus, et par conséquent nous sommes portés à le croire pour la fièvre jaune. Cette transmission a-t-elle lieu dans toutes les épidémies? Non.

Cela étant posé, une de ces trois maladies régnant dans un pays, et se transmettant, se transmet-elle, 1°. par le contact des malades, de leurs effets, 2°. ou par l'inspiration des miasmes qui s'exhalent des uns ou des autres? D'abord l'existence de ces miasmes ne peut être révoquée en doute; ensuite, il est probable que l'inhalation étant bien plus active à la surface des membranes muqueuses, la transmission doit s'opérer plutôt par le poumon. On conçoit que tel miasme peut être assez actif, telle peau peut être assez inhalante, pour que la transmission ait lieu par la peau; mais ce doit être le mode le plus difficile, par conséquent le moins commun et le moins à craindre.

C'est donc surtout à l'*infection*, ou mieux à l'*impureté* de l'air chargé d'effluves marécageux, d'émanations putrides et de miasmes, qu'il faut attribuer la plus grande part dans la transmission des maladies pestilentielles (PESTE, TYPHUS, FIÈVRE JAUNE), et si l'on y joint l'influence des conditions atmosphériques et locales, on aura l'origine première de ces maladies, et les deux causes principales de leur propagation. Il ne restera pour la contagion que la plus petite part dans cette propagation, aucune, bien entendu, dans l'origine première, et une très-petite également dans l'*importation* elle-même, si elle est démontrée.

Pour prévenir l'*infection* et y remédier, il faut éloigner de l'habitation de l'homme tout ce qui peut dégager des molécules nuisibles, susceptibles de se mêler à l'air, et quand l'air est déjà *infecté*, recourir à la ventilation et à l'emploi des agens neutralisans.

INFERNAL, adj. On désigne sous le nom de *pierre infernale*, des cylindres de nitrate d'argent fondu, qu'on place dans une espèce de porte-crayon, et dont les chirurgiens se servent pour opérer certaines cautérisations superficielles.

FIN DU NEUVIÈME VOLUME.